Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volumen 1 *Número 3-4*

Julio-Diciembre, 1958

Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volumen 1 Número 3-4

Julio-Diciembre, 1958

Revista Psiquiátrica Peruana

ORGANO DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

VOLUMEN 1

Julio 1957–Diciembre 1958

LIMA, PERU

Revista Psiquiátrica Peruana

INDICE GENERAL DEL VOLUMEN 1

(1957-1958)

INDICE DE TEMAS *

Volúmen 1 **Números 1-4** **1957-1958**

* Los números en negrita corresponden a los artículos originales en este volumen.

Pág.

H

I

J

M

N

P

R

S

T

V

INDICE DE AUTORES *

Volúmen 1 **Números 1-4** **1957-1958**

* Los números en negrita corresponden a los autores de artículos originales en este volumen.

Revista Psiquiátrica Peruana

ORGANO DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

VOLUMEN 1 — JULIO-DICIEMBRE, 1958 — Nos. 3-4

Revista Psiquiátrica Peruana

Instrucciones a los autores.— La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Jefe de Redacción, publicándose previa aprobación de la Comisión de Publicaciones, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envíe una colaboración por primera vez, adjuntará una breve nota biográfica, incluyendo sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un sub-título. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales de redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 x 12 cms.; los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lapiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el título del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizando por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de artículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Repression. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho-Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

Subscripción y canje.— La Revista se publica trimestralmente. La subscripción anual vale cuatro dólares (U.S. $ 4.00). Los pedidos de subscripción o canje deberán ser dirigidos al Administrador. La Asociación acepta el canje de la Revista Psiquiátrica Peruana con publicaciones psiquiátricas, neuro-psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, antropológicas y sociológicas.

Propaganda.— Los anuncios de propaganda y su financiación están a cargo del Administrador de la Revista.

SUMARIO

VOLUMEN 1 JULIO-DICIEMBRE, 1958 NÚMEROS 3-4

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Reconocida oficialmente el 18 de Setiembre de 1956

JUNTA DIRECTIVA PARA 1958-1960

Presidente:	*Francisco Alarco.*
Vice-Presidente:	*Baltazar Caravedo.*
Ex - Presidentes:	*Federico Sal y Rosas (1954-1956).*
	Carlos A. Seguín (1956-1958).
Secretario General:	*Oscar Valdivia.*
Secretario de Actas:	*Carlos Carbajal.*
Tesorera:	*Leonor Revoredo.*

PRESIDENTES DE COMISIONES

Acción Gremial:	*Federico Sal y Rosas.*
Relación con otras instituciones:	*Humberto Rotondo.*
Publicaciones y Biblioteca:	*Raúl Jerí.*
Acción Científica:	*Emilio Majluf.*
Organización:	*Carlos García Pacheco.*

MIEMBROS HONORARIOS

Henry Ey — Julio Endara — Spurgeon English — Jules Masserman — John R. Rees — Ramón Sarró — René Spitz.

MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco — Pablo Anglas — Alejandro Arellano — José Max Arnillas — Arnaldo Cano — Baltazar Caravedo — Carlos Carbajal — Renato Castro — Alex Castoriano — Niza Chiock de Majluf — Horacio Estabridis — Carlos García Pacheco — Roberto Gamarra — Luis A. Guerra — Raúl Jerí — Fernando Loayza — Sebastián Lorente — Emilio Majluf — Leonor Revoredo — Humberto Rotondo — Federico Sal y Rosas — José Sánchez García — Carlos A. Seguín — Oscar Valdivia — Hermilio Valdizán — Sergio Zapata.

MIEMBROS ASOCIADOS

Manuel Almeida — José Alva — Carlos Bambarén Vigil — Ethel Bazán — Andrés Cáceres — Judith Calenzani — Carlos Crisanto — Manuel Escobar — Elsa Felipa — Enrique Ghersi — Luis Huapaya — Luis Irurita — Javier Mariátegui — Víctor Marticorena — Luis Navarro Vidal — Fernando Samanez — Luis Schwartz — María Antonieta Silva de Castro.



tiene la potencia de las rauwolfias, con menos efectos secundarios y más leves.

El Harmonyl constituye un preparado de *Rauwolfia* más útil para su práctica diaria. En dos años de ensayos clínicos, este nuevo alcaloide—deserpidina—ha revelado efectos secundarios más leves y escasos que los producidos por la reserpina. No obstante, en eficacia es equiparable a las más potentes especies de *Rauwolfia*.

El Harmonyl produce menos depresión físicomental, con muy pocos casos de letargia, en contraste de otras preparaciones de *Rauwolfia*.

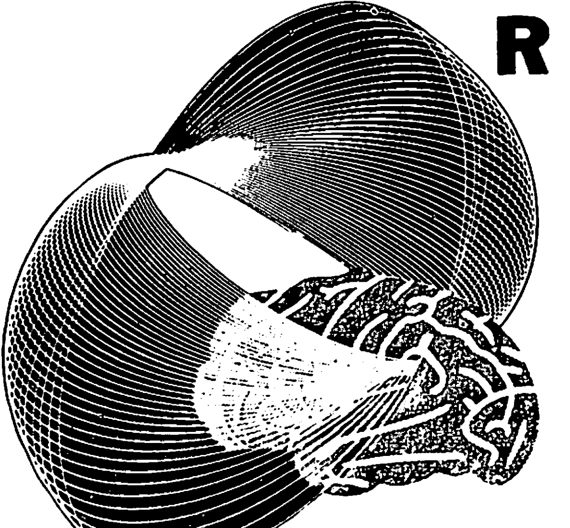
El Harmonyl es eficaz como tranquilizante. En un grupo de pacientes tratados con este fármaco se obtuvo mejoría, generalmente sin efectos secundarios; en cambio, en un grupo similar tratado con reserpina, se observaron varias reacciones: anorexia, cefalalgias, pesadillas, náuseas y vómitos.[1]

En casos de hipertensión el Harmonyl también es de gran eficacia y apenas produce reacciones secundarias. En un estudio comparativo entre varios preparados de *Rauwolfia*,[2] se dice que la deserpidina "es un hipotensor eficaz en los pacientes con hipertensión leve o moderada, y también en casos más serios;" además, las reacciones fueron "menos molestas y menos frecuentes." Otros trabajos confirman que el Harmonyl raramente produce vahidos, vértigos y estado de indiferencia.

A petición se facilita literatura referente a este nuevo alcaloide de *Rauwolfia*. Disponible en tabletas de 0,25 mg., partibles por la mitad y protegidas en tiras de celofán; cajas de 25 y 100 tabletas.

Bibliografía:

1. Comunicación a Abbott Laboratories, 1956.
2. Moyer, J. H. y col.; Deserpidine for the Treatment of Hypertension, Southern Medical J., 50:499, abril, 1957.



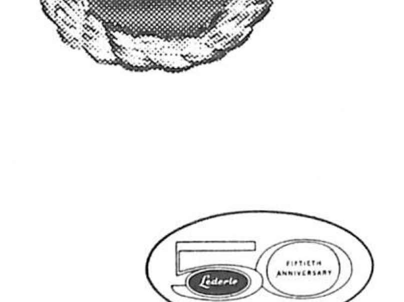


¡Nuevo en todo y por todo! Un agente tranquilizador que actúa como relajante muscular

Miltown*

MEPROBAMATO





Probado en la práctica clínica y cuya eficacia administrado oralmente ha quedado demostrada contra:

ansiedad... tensión física y mental

- No tiene relación con la reserpina u otros sedantes
- Surte efecto selectivo en el tálamo
- No produce reacciones secundarias en el sistema autonómico y es bien tolerado
- Obra en el término de 30 minutos por un período de 6 horas

Documentación clínica y muestras a la disposición del Cuerpo Médico.

Miltown (pronúnciese "Miltáun") viene en frascos de 25 tabletas de 400 mg. c/u.

Distribuido por: **Lederle Laboratories Division**
Cyanamid Inter-American Corporation
49 West 49th Street, New York 20, N. Y.

*Marca registrada

DISTRIBUIDORES EN EL PERU

La Química Suiza S. A. — Av. Uruguay Nº 172 - Lima

G. Berckemeyer & Co. S. A. - Av. Argentina 232 - Lima

EDITORIAL

III CONGRESO LATINO AMERICANO DE SALUD MENTAL

El III Congreso Latino Americano de Salud Mental, tendrá lugar en Lima, del 27 de Octubre al 1º de Noviembre de 1958.

El objetivo fundamental de esta reunión es estudiar el problema de la salud mental en nuestro continente, cuya evolución y progreso técnicos han sido considerables en los dos últimos lustros. Por esta razón se han seleccionado asuntos de indudable interés sanitario, social y antropológico, conexos con el problema de las relaciones humanas.

El Temario Oficial se ha dividido en seis grandes relatos: 1.— Morbilidad en áreas urbanas y rurales. 2.—Problemas de salud mental dependientes de la migración interna y externa. 3.— Intoxicación crónica. 4.— Trabajo y salud mental. 5.— Organización de la comunidad. 6.— Problemas sociales de la comunidad. Este temario se ha repartido en la América Latina de manera que se pueda obtener una visión general de cada uno de los puntos de la agenda en los diferentes países.

Es cierto que los programas de salud mental son recientes, pero se ha superado ya en parte la simple especulación teórica y se ha pasado a la investigación y análisis de los problemas dentro de cada comunidad. Además, el psiquiatra ya no está solo: trabaja al unísono con profesionales de otros campos científicos, que son indispensables para la solución integral de cada interrogante que se plantea. Cuenta en la actualidad con la ayuda de antropólogos, psicólogos, sociólogos y asistentes sociales.

No podemos decir que la asistencia y los programas de prevención sean todos excelentes. Mas esto no depende sólo de la capacidad del médico —de su preparación y dirección en el campo científico—; sino también de la organización o desorganización social, y del conocimiento y comprensión que tiene la comunidad de sus dificultades. Es evidente que las ciencias sociales necesitan entre nosotros de un mayor acercamiento al público, y una idea más clara de sus objetivos por parte de los dirigentes. Reuniones de la naturaleza de este Congreso abren caminos, amplían perspectivas, en el significado de los conceptos y finalidades básicas de la salud mental.

Cualesquiera de los temas oficiales apuntados más arriba descubren una serie de posibilidades de trabajo. Creemos que estas posibilidades no deben circunscribirse a la esfera de los intereses nacionales sino suscitar el intercam-

bio de las investigaciones y quizás trazar un plan de acción internacional. No hemos logrado objetivos solidarios, muchas veces, por vivir separados: como si América Latina fuera un conjunto de islas que no tienen nada que ver entre sí. Grave error es la falta de unidad y comunicación entre los pueblos. Una de las labores del Congreso podría ser el establecer estudios en común sobre diversos problemas de la salud mental; lo cual contaría seguramente con la ayuda de las instituciones oficiales y privadas, dada la trascendencia de estas informaciones.

América Latina es una tierra fértil que ofrece senderos generosos a la investigación: aquí conviven muchas razas, muchas culturas y por lo tanto muchas formas sui generis de ideales, actitudes humanas, y dificultades características a cada una. Sólo ahora es que hemos comenzado a contemplar acuciosamente estos problemas y a servirnos de todos los procedimientos científicos a nuestro alcance para resolverlos. La experiencia obtenida ha sido de tanto valor que se ha multiplicado la ayuda técnica y económica. Podemos citar, en el Perú, el programa de Vicos como ejemplo feliz de adaptar viejas estructuras sociales a nuevas formas culturales. Mientras mejor conocemos la realidad latino-americana mejor oportunidad poseemos de ofrecer soluciones integrales a los problemas sociales que nos aquejan.

La higiene mental se adelanta con su bagaje de observaciones y recursos para evitar justamente el incremento de las enfermedades mentales. Los problemas que ocasiona verbigracia la vida industrializada —las tensiones consecuentes a estas nuevas formas de trabajo— deben ser enfocados con criterio científico. Las lecciones de esta reunión serán por eso provechosas: conoceremos la realidad de diversas comunidades humanas, tan cercanas a las nuestras, y recomendaciones que trataremos de poner en práctica en la medida de nuestras capacidades.

Estamos seguros que el III Congreso Latino Americano de Salud Mental servirá para descubrir horizontes promisores, y para que todos los profesionales presentes acepten laborar de consuno en los problemas de salud mental que atañen entrañablemente a los pueblos de América.

Van nuestros mejores votos y el deseo de la Asociación Psiquiátrica Peruana por su éxito más rotundo.

PROCEDIMIENTO PSICOTERAPEUTICO UTILIZADO EN ALGUNAS FORMAS DE IMPOTENCIA: ENTRENAMIENTO ANALIZADO *

por José Angel Bustamante **

Desde hace algún tiempo venimos utilizando un proceder psicoterapéutico en algunas formas de impotencia, que reúne elementos del método de los Reflejos Condicionados de Pavlov y de la teoria Psicoanalitica de Freud.

Consideramos de interés ofrecer nuestra experiencia, la casuística que la compone y la base teórica que la fundamenta.

Claro está, que no consideramos nuestro proceder como la panacea que ha de sustituir los métodos en uso. Sabemos de sus limitaciones, y queremos dejar bien señalada la extensión que puede abarcar. Pero el hecho de que reconozcamos de entrada, dicha realidad, no disminuye en nada la importancia que le pretendemos atribuir, ya que asimismo, hemos de observar casos en los que su aplicación es la única salida.

Decimos esto porque bien sabemos que la impotencia es un síntoma que expresa una alteración psicológica más profunda y que sin lugar a dudas, la simple liberación sintomática no es acompañada de un total de restablecimiento.

En gran número de casos, es la terapia psicoanalitica la única que puede resolver el cuadro, dado que es la vía para penetrar en el inconsciente y resolver los conflictos que desde alli rigen el desarrollo de la sintomatología.

Pero hay algunos casos cuyos medios económicos o tiempo disponible (por vivir fuera de la ciudad a la que pueden ir solamente una o dos veces por semana) no les permiten someterse al tratamiento psicoanalítico; y otros, cuya instalación y forma nos habla de un cuadro menos complejo y menos profundo; en esos casos, nuestro proceder que hemos denominado "Entrenamiento Analizado", ha demostrado su utilidad y nos ofrece resultados de tal manera satisfactorios que es lo que justifica el traer a la consideración de este Congreso nuestro esfuerzo y conclusiones.

La impotencia, alteración de la fisiología genital-masculina ofrece variadas modalidades que comprende tanto la deficiencia en la erección como en la eyaculación.

---

* Leído en el Congreso Internacional de Psicoterapia, Leyden, 5-8 Setiembre, 1951.

** Calle K, Nº 309, Vedado, La Habana, Cuba.

La eyaculación precoz, la impotencia parcial y la impotencia completa son las formas más características de tal alteración. Pero a ellas hay que añadir alteraciones que sin ofrecer ninguna de las tres modalidades anteriormente señaladas, dado que la erección y la eyaculación pueden producirse, necesitan, no obstante, para ser logradas una serie de mecanismos y situaciones especiales.

De todas ellas separamos estas últimas formas que, a pesar de lograr la erección y la eyaculación, corresponden a formas neuróticas tan complejas que sólo una psicoterapia de tipo profundo puede penetrar la malla de elementos psicológicos que entretejidos, constituyen su esencia y que únicamente su destrucción permite liberar al sujeto de dichas alteraciones.

Los mecanismos regresivos capaces de determinar alteraciones tales como la eyaculación precoz, la denominada por BERGLER "Psychogenic Oral Aspermia" así como la "Condition of the Forbidden and Uncanny" y otras son de tal tipo que su profunda estructura oral es índice de la más marcada regresión. En tales casos, queda eliminada toda posible acción psicoterapéutica que no penetre hasta los más profundos niveles.

En los casos que el síntoma obedece a una neurosis compulsiva y es por tal razón, índice de un mecanismo regresivo marcado, queda señalada igual dificultad que en las anteriores y es por lo tanto, tributaria también de una acción terapéutica profunda.

Hemos insistido tal vez de manera excesiva, al fijar los límites en que queda comprendido nuestro proceder, pero de todos modos, es ello útil para evitar posteriores confusiones y asimismo propiciar, de entrada, que aparezca bien determinado que sabemos de antemano, que nuestro proceder sólo puede emplearse en los casos de regresión más discreta así como en las manifestaciones reactivas sin una malla neurótica muy compleja en el fondo.

Por nuestra parte podemos agregar, ya que nuestra experiencia así nos lo hace ver, que este último tipo es muy frecuente y sin que nos sea posible ofrecer un dato estadístico completo, sin lugar a dudas, la proporción de enfermos que muestra alteraciones de dicho tipo es elevada. Por tal razón, y las anteriormente apuntadas (imposibilidad de someterse a tratamiento que implique frecuentes sesiones y por dificultades económicas) está enteramente justificado que en estos casos se utilice el método que ofrecemos, que brinda, según se desprende de nuestra casuística, la liquidación del cuadro en un porcentaje elevadísimo.

Considerando en concreto la situación, es un hecho que la excitación que corresponde al reflejo de la erección se encuentra alterada en estos casos y que por mucho esfuerzo que realice el sujeto y por muy elevada que sea la estimulación recibida, no se produce dicha excitación, sino que por el contrario, se desarrolla una inhibición que no permite producir la erección.

Es adecuado que estudiemos desde el ángulo de la fisiología nerviosa, la compleja situación que nos ocupa.

La paradoja de encontrarnos ante un proceso de inhibición desarrollado cuando el sujeto se encuentra sometido a la excitación adecuada, mientras nos

brinda una excitación al hallarse en estado de inhibición como por ejemplo, las erecciones que nos reseñan que tienen al despertarse, nos habla de la inversión de la fórmula.

Bien sabemos que la inducción negativa mucho tiene que ver con este fenómeno. Por ella, un proceso excitador puesto en marcha, en vez de destruir, intensifica a su opuesto, el proceso inhibidor.

De igual modo, una vez establecida esta situación, no podemos romper el cuadro de condicionamiento utilizando excitaciones muy fuertes, pues de acuerdo con la fase paradojal del sistema nervioso, a mayor excitación provocaremos una mayor inhibición y es por tanto, necesario producir estimulaciones muy débiles que serán capaces de propiciar la desinhibición.

Estos conceptos de PAVLOV que han venido a incorporarse a la fisiología nerviosa, son fundamentales en nuestra interpretación y sirven de orientación a la técnica que exponemos.

Desde el ángulo de nuestra conducción del paciente constituyen el eje fundamental, pero observando el cuadro desde el extremo opuesto, el paciente, lo importante es la acción reafirmadora del reflejo normal. Es pues, esta reafirmación la que desarrolla en el proceso psíquico de nuestro paciente, la situación psicológica propiciatoria de la adecuada desinhibición creciente la que, rompiendo la inducción negativa, va alterando la situación de la fase paradojal permitiendo excitaciones crecientes hasta alcanzar las tonalidades más altas y llegar al libre juego de estímulo y excitación normales.

Pero como no podemos olvidar que si bien lo anteriormente expuesto es cierto, sólo tomando en consideración los factores que en toda acción psicoterapéutica se desarrollan, es que podemos conducir la relación médico-paciente de modo adecuado y para facilitar el desarrollo de una acción terapéutica que conduzca a la resolución del conflicto, es imposible dejar de utilizar los conceptos de la actual psicoterapia. Por eso entendemos que los conceptos de transferencia y resistencia no deben ser olvidados.

Para facilitar nuestra acción, debemos en cada entrevista, discutir con nuestro enfermo a la manera de Alexander —esto es, psicoterapia de base psicoanalítica— los problemas y conflictos que nos ofrezca; pero todo ello sin penetrar en zonas profundas, mas bien dándole a nuestras sesiones el carácter de aplicación de los principios psicoanalíticos a los materiales conscientes del enfermo, rompiendo las resistencias más superficiales sin dejar que la transferencia llegue a alcanzar profundidad, indeseable en este tipo de terapia.

De todos modos, nuestras sesiones constarán de dos partes: una, en la que discutiremos el contacto último y otra, en la que haremos la revisión que acabamos de señalar aplicando los fundamentos psicoanalísticos en la forma apuntada.

En resumen, nuestra técnica es la siguiente:

Planteamos a nuestro enfermo que en cada oportunidad en que él tiene relaciones sexuales, aún cuando conscientemente considera que no se preocupa, en el fondo, la tensión creada por no poder tener erección, propicia el mantenimiento de su impotencia. Por otra parte, aunque cree ir al coito sin es-

forzarse, el deseo de no sufrir la penosa situación de no tener erección ante la mujer, eleva una tensión que facilita su impotencia (inducción negativa).

Por tal razón, como primer paso, debe abandonar el natural empeño por triunfar, es más, tiene que disponerse a confrontar la situación de que en cuatro o cinco coitos no tenga la menor erección.

Para lograr tal cosa, debe exponer a su consorte o amante la indicación del médico, esto es, que durante una serie de intentos sexuales debe adaptarse a tal conducta. Disponerse al contacto, no realizar esfuerzo alguno y detener el empeño al transcurrir un tiempo prudencial ya que como de antemano se sabe que nada habrá de surgir de dicho intento, tiene, lógicamente, que limitarse.

Si por el contrario, el enfermo es soltero, entonces no queda más remedio que utilizar una mujer adiestrada, persona que conoce el problema y sabe cómo debe conducirse frente a los sujetos que lo sufran. A dicha mujer debe llegar el sujeto y plantearle su problema explicándole que si el médico no ha hallado nada orgánico y que le ha sugerido que la vea y le plantee la situación, disponiéndose a fracasar durante cuatro o cinco intentos.

Como la mujer está adiestrada por nosotros y además, bajo control sanitario, podemos asegurar que toda la acción que la misma ejerza sobre nuestro enfermo va a ser beneficiosa.

De este modo, tanto con la pareja o con la mujer, el individuo debe tener dos contactos sexuales intercalados entre las dos sesiones semanales. En cada entrevista se analiza el contacto anterior y se discuten las tareas para el próximo. Hemos llamado a esto "coito dirigido". Cada falla, cada avance es analizado en la forma indicada al comenzar esta exposición, y las indicaciones que se dan a nuestro enfermo para el próximo coito están fundamentadas en los datos aportados por el propio enfermo y en la consideración de la inducción negativa y la fase paradojal como elementos fundamentales en el manejo de los estímulos tanto en su calidad como en su intensidad.

Durante la segunda parte de la sesión, se revisa la historia del paciente y se van analizando los datos no de modo profundo, sino de interpretaciones breves. No se usa, claro está, el análisis clásico, no se usan las asociaciones libres. Se analizan algunos sueños y el material consciente que el enfermo ofrece.

Como puede verse, la técnica comprende: la utilización de la reafirmación del reflejo normal en el mantenido esfuerzo de realizar dos contactos semanales; los conceptos de PAVLOV, en la discusión y dirección del coito (coito dirigido) tomando en consideración la inducción y la fase paradojal; y los principios psicodinámicos de FREUD en el análisis de su material consciente, de algún material inconsciente y también de algunos sueños.

La experiencia nos dice que en dos o tres meses el enfermo está totalmente restablecido, y debido al análisis breve realizado cuando el trauma neurótico del caso no es muy profundo su curación es estable.

De todos modos, a medida que el caso va progresando se emplea menos tiempo en la discusión del coito que se realiza cada vez mejor y se emplea mayor tiempo en el análisis breve.

CASUISTICA

Total de casos	56
Solteros	40
Casados	16
	56

Edades:

20 a 30	24
30 a 40	21
40 a 50	11
	56

Número de sesiones:

Casos	*Sesiones*
9	8
16	10
23	12
1	14
5	16
1	16
1	18
1	22

Tiempo de duración de la enfermedad:

Casos	*Tiempo*
3	2 semanas
1	3 semanas
1	2 meses
15	4 meses
6	5 meses
22	6 meses
2	7 meses
5	8 meses
1	1 año

Restablecidos	54
No restablecidos	2
	56

CONCLUSIONES

Por todo lo anteriormente expuesto concluímos:

1.— La utilización combinada de los conceptos de PAVLOV sobre la inducción negativa y la fase paradojal y los principios de la psicodinamia de FREUD,

sirven para actuar sobre casos de impotencia cuya contextura no sea muy profunda. A dicho procedimiento lo hemos denominado "Entrenamiento Analizado".

2.— Que no obstante ser la impotencia un síntoma que en multitud de ocasiones deriva de alteraciones profundas que deben ser tratadas por la psicoterapia profunda o de psicoanálisis, en algunos casos, en los que la imposibilidad del enfermo a someterse a dichas terapéuticas o el presentar un trastorno menos complejo, se aconseja la utilización del "entrenamiento analizado".

3.— Que el promedio de duración de este proceder en tales casos es de dos a tres meses.

4.— Que el resultado es positivo en todos los casos, teniendo pues, un altísimo porcentaje de curación.

5.— Que debe utilizarse en la técnica la serie de dos sesiones semanales paralelas a la serie de contactos sexuales también por semana.

6.— Que el restablecimiento se considera como una liquidación del cuadro desde el ángulo de los reflejos condicionados y de los complejos que una psicoterapia breve puede hacer desaparecer.

7.— Que el método es de utilidad y por ello recomendamos su utilización.

DISTURBIOS MENTALES EN LA CISTICERCOSIS CEREBRAL

por RAÚL JERÍ *

La cisticercosis del sistema nervioso central se manifiesta frecuentemen- con síntomas psíquicos. SCHMITE (1928) llamó la atención al síndrome psicótico, que podía presentarse con ideas delusivas, hipomanía, melancolía y otras alteraciones y reconoció también el cuadro demencial, que se caracterizaba por confusión, desorientación, retardo y disminución acentuada de las funciones intelectuales. DIXON y HARGREAVES (1944) señalaron que en la cisticercosis se podían observar alteraciones en la personalidad y desórdenes del comportamiento, que podían asociarse con accesos epilépticos mayores o menores; 10 de sus casos habían sido diagnosticados de diversos desórdenes psiquiátricos, incluyendo uno caracterizado por "personalidad esquizoide". MAC ARTHUR (1934) había notado también que las alteraciones mentales eran frecuentes y suponía que existían muchos centenares de casos de cisticercosis en los hospitales psiquiátricos de la Gran Bretaña, erróneamente considerados como enfermedades psicóticas endógenas. El mismo autor (1950) enumeró diversos diagnósticos que se habían hecho en casos en los que posteriormente se probó que padecían de cisticercosis y que primitivamente se designaron como histeria, neurastenia, melancolía, manía aguda, psicosis delusiva y demencia precoz. TRELLES y LAZARTE (1940) mencionaron brevemente la sintomatología psiquiátrica de dos de sus cuatro casos, reconociendo que se podían observar numerosos cuadros psicopatológicos. ELSAESSER (1944) presentó una clasificación basada en 8 nuevos casos y 63 observaciones anteriores, separando un grupo con déficit mental; frecuentemente eufórico y otro, en el que predominaban manifestaciones psicopatológicas como paranoia, depresión y estados emocionales hiperestésicos. ARANA y ASENJO (1945), en 20 observaciones, notaron 6 casos de torpeza mental y 1 de euforia. STEPIEN y CHOROVSKY (1949) dividieron sus tipos clínicos en tres grupos, uno de los cuales se caracterizaba por presentar fundamentalmente síntomas psíquicos. Los mismos autores y PINTO PUPO recalcaron que las alteraciones psíquicas podían constituir síntomas de presentación de la enfermedad, lo que había sido señalado antes por MAC ARTHUR (1934). BICKERSTAFF (1955), en un artículo en el que hacía resaltar las manifestaciones no epi-

* Jefe del Departamento de Psiquiatría, Hospital de Policía; Consultor Psiquiátrico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima.

lépticas de la enfermedad, observaba que existían pacientes que exhibían períodos de comportamiento desordenado, con gran variedad de manifestaciones anormales, no asociadas a convulsiones verdaderas, pero que se presentaban durante etapas de alteración de la conciencia, acompañadas a veces de micción involuntaria y que frecuentemente consistían en una conducta grotesca o violenta. Estos episodios fueron interpretados como ataques psicomotores, a pesar de que, frecuentemente, las derivaciones corrientes del electroencefalograma no mostraban perturbaciones. BICKERSTAFF reconocía así mismo que el deterioro mental era comun, en pacientes que presentaban, de modo principal otras manifestaciones de la enfermedad y describió un caso en el que observó progresiva agresividad, irritabilidad y comportamiento imprevisible, completamente independiente de ataques psicomotores. SUTHERLAND y ROSIE (1956) relataron la historia de un hombre que presentó sucesivamente fases de ansiedad, conducta desordenada (en la que se le notaba agresivo, obstinado e hipocondriaco) y sindrome paranoide de persecución, que fué calificado entonces de "un cuadro clinico de libro de texto de esquizofrenia crónica". También tenía accesos psicomotores. La investigación clínica hizo suponer que la enfermedad esquizofreniforme era debida a cisticercosis cerebral.

MATERIAL CLINICO

El presente trabajo se basa en la investigación clínica y patológica de 32 casos de cisticercosis cerebral, vistos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el Hospital 2 de Mayo, el Hospital de Policía y el Sanatorio de Enfermedades Nerviosas y Mentales (Magdalena).

En relación al sexo, 15 pacientes eran mujeres y 17 varones. Los enfermos procedían de todas las regiones del Perú. La comprobación del diagnóstico de cisticercosis se hizo por diversos métodos. En numerosas ocasiones, se emplearon varias técnicas en el mismo paciente como puede verse en la tabla 1.

Tabla 1.— Métodos de diagnóstico empleados en 32 casos de cisticercosis cerebral.

Técnica	*Nº Observaciones*
Ventriculografía o neumoencefalografía	20
Craniotomía	16
Biopsia tejido cerebral y parasitario	15
LCR patológico o con exceso de eosinófilos	11
Aumento eosinófilos sangre periférica	6
Biopsia de músculos o nódulos sub-cutáneos	5
Autopsia	5
Radiografía de cráneo (cisticercosis calcificadas intracraneales)	4

Contrastando con trabajos anteriores, en esta serie 29 de los 32 casos fueron diagnosticados en vida. Antiguamente la cisticercosis cerebral era un hallazgo de autopsia y, según BERNALES, una de las causas más frecuentes de muerte súbita en la Asistencia Pública de Lima. El progreso en el diagnóstico se debe a la investigación clínica cuidadosa de los enfermos, empleando técnicas neuro-quirúrgicas, y al conocimiento de la gran frecuencia de la cisticercosis cerebral en nuestro medio.

A pesar de que sólo un número reducido de casos (5) han sido sometidos a examen necrópsico, se ha logrado establecer el tipo parasitario de cisticercosis en las 32 observaciones; es así que 10 han pertenecido a la forma quística, 8 a la racemosa y 14 a la mixta, es decir quística y racemosa.

Es bien sabido que la cisticercosis del sistema nervioso puede localizarse en el cerebro en la fosa posterior y en el canal espinal. La cisticercosis cerebral puede ser (1) quística (única o múltiple), (2) meningo encefalítica, o (3) (aracnoidítica). En la fosa posterior se pueden hallar cuatro tipos de cisticercosis: (1) el quiste único, que puede localizarse en el tercer ventrículo, en el acueducto o el cuarto ventrículo; (2) el quiste racemoso, que es una estructura delicada, voluminosa, trasparente, de paredes delgadas, generalmente estéril, con diversas ramificaciones, que puede alojarse en el sistema ventricular, la cisterna magna, el ángulo punto-cerebeloso y aún extenderse hasta la región cervical superior; (3) una aracnoiditis basal, carente de cisticercos en inmediata relación con la zona inflamada y (4) cualquier combinación de las formas anatómicas enumeradas más arriba. En el canal espinal pueden encontrarse formas quísticas y aracnoidíticas.

En la serie actual 10 eran de tipo quístico, 8 racemoso y 14 de formas mixtas, fundamentalmente quístico-racemosas. Con respecto a la localización en el sistema nervioso 18 asentaban en los hemisferios cerebrales, 31 en la fosa posterior y 1 en la médula espinal. En algunos casos existía simultáneamente cisticercosis hemisférica, ventricular y cisternal.

Tabla 2.— Sindromes psicopáticos encontrados en 29 casos de cisticercosis del sistema nervioso.

Síndromes psicopatológicos	28
Sin alteraciones psíquicas	5
Delirio agudo (síndrome cerebral agudo)	7
Síndrome cerebral crónico (síndrome amnésico)	16
Manifestaciones neuróticas	6
Reacciones psicóticas	5
Alcoholismo crónico	2

La mayor parte de los enfermos estudiados presentaban evidentes alteraciones mentales. De 32 observaciones, 28, (90%) mostraban rasgos psicopatológicos. (Tabla 2). La forma clínica más frecuente fué la psicosis de tipo toxi-infeccioso crónico (Henderson), o síndrome cerebral (American Psychiatric Association). 7 pacientes hicieron, en cambio, reacciones delirantes

agudas, algunas veces dentro de un cuadro neurológico crónico y en otras circunstancias, como manifestación clínica inicial de la enfermedad. Presentamos a continuación algunos ejemplos de los tipos de reacciones psicopatológicos encontradas en las observaciones de esta serie.

Psicosis catatónica

H. Nº 3177. Paciente de sexo femenino de 24 años de edad. Ingresó el 22-IX-56. Dos días antes viajó a Lima y durante el trayecto se quejaba de malestar general. Bruscamente desarrolló ese mismo día un estado de violenta agitación psicomotriz: se golpeaba contra las paredes, permanecía con los ojos cerrados, no parecía estar consciente, no reconocía al marido, a quien lo trataba de "asesino y canalla". En otros momentos adoptaba actitudes místicas, hablaba en voz baja y en forma incoherente. Se negaba a tomar alimentos, afirmando que tenían brujería; que había una persona que la había hechizado. Tenía alucinaciones auditivas, en la que sostenía largos diálogos y demostraba un descuido completo de su persona. En el hospital permanecía con los ojos cerrados, golpeándose la cara con los puños o con los objetos de los que podía apoderarse. Gritaba continuamente frases incoherentes, se desnudaba, se lanzaba debajo de la cama y se ponía el vaso de noche encima de la cabeza, negándose violentamente a ser extraída de ese lugar. Ocho días después continuaba en intensa agitación. Gritaba constantemente, se golpeaba la cara con ambas manos o golpeaba la cabeza contra la pared y la ventana de su habitación. Lanzaba brutalmente sus miembros sobre los barrotes de la cama, haciéndose extensas equimosis en los brazos y las piernas. Acusaba a la enfermera de haberle quitado el marido. Se le encontró atada a la cama, con los ojos cerrados, inmóvil. Cada 20 a 30 segundos abría los ojos y comenzaba bruscamente a gritar, como si despertara de un sueño. Las expresiones verbales eran estereotipadas. Decía: "¡Ay, ay, ay! ¡mamacita! yo seré tu lavandera. Yo besaré tu mano. ¿Porqué habré hablado? Repetía estas frases muchas veces, luego bruscamente quedaba en silencio, cerraba los ojos, para volver a gritar en la misma forma y empleando palabras semejantes, durante horas y horas. Sin embargo se le pudo examinar en esa oportunidad. Durante la exploración tomó algunas palabras dichas por el médico y las incorporó a sus expresiones estereotipadas. Al pedirle que respirara lo hizo con gran frecuencia y profundidad. Después de terminada la exploración del aparato respiratorio continuaba haciendo respiraciones muy profundas, cerrando las aberturas nasales, en forma cíclica y durante 20-30 segundos, sustituyendo así a las estereotipias verbales. Las manifestaciones mencionadas alternaban con actitudes de absoluta inmovilidad, quedando la enferma con los ojos abiertos pero la mirada fija en el espacio, sin responder a las preguntas ni recomendaciones, dando la impresión de que estaba inconsciente, pero si se insistía, se conseguía sacarla de esa actitud y hacerla responder o colaborar en alguna maniobra del examen físico. En otras oportunidades el estado de inmovilidad terminaba bruscamente con la emisión de las retahilas verba-

les ya mencionadas. En el examen somático presentaba numerosas hemorragias sub-cutáneas y la fractura de la extremidad inferior del antebrazo izquierdo. Las papilas opticas estaban bastante pálidas.

El 24-IX-56 se le encontró inmóvil, con los ojos abiertos y llenos de lágrimas, repitiendo muchas veces en un tono plañidero y monótono: ¡¿ay mis hijos! ¿cómo estarán, no? ¡ay mi esposo! ¿cómo estará no? ¡¿ay mis padres! ¿cómo estarán no? ¿ay mi hermano! ¿cómo estará no!. Sin embargo estaba más consciente y se logró que comunicara que estaba despidiéndose de sus familiares porque había soñado que la llevaban al cementerio. Sabía que desde hacía algunos días estaba hospitalizada, pero se encontraba desorientada, sin conciencia de enfermedad mental, agresiva, negativista e insomne. La enferma sufría de cefalea occipital desde 1953. Desde entonces tenía tendencia a permanecer durante algunos minutos con la mirada fija, sin contestar a las preguntas ni prestar atención a lo que le rodeaba. Padecía de accesos convulsivos generalizados desde los 15 años de edad. La investigación comprobó líquido cerebro espinal patológico con exceso de células y 13% de eosinófilos. En la ventriculografía se observó dilatación de los ventrículos laterales con estenosis del extremo caudal del acueducto. A la craneotomía se comprobó cisticercosis racemosa de la fosa posterior.

Psicosis confusional hipomaniaca

H. Nº 26967.— Enferma de 36 años. En los primeros días de julio de 1954 tuvo crisis que duraban varias horas en las cuales se quejaba de cefalea, pensaba que la habían golpeado en la cabeza o que le habían colocado una inyección mientras dormía, que daba lugar a las manifestaciones dolorosas. En estos accesos pedía que la dejaran sola, expresaba deseos de matarse, lloraba a gritos durante mucho rato, se paseaba incansablemente, estaba erótica y exhibicionista. Frente al médico lo trató con vulgares demostraciones de afecto, le hizo insinuaciones sexuales, pretendía acariciarlo y le propuso la práctica de fellatio en el consultorio. El facultativo la llevó ese mismo día a un hospital psiquiátrico, donde se le observó hipercinética, irritable, afectuosa, alegre, agresiva, lúcida pero mal orientada aunque reconocía con gran familiaridad a sus médicos (ante los cuales siempre se había mostrado distante y fría). Era incapaz de fijar la atención, ni de retener datos inmediatos, no se lograba que colaborara en la prueba de aperpepción. Había retardo en la elaboración del pensamiento y dificultad ocasional para expresarse. En las noches, insomne, exhibicionista, rechazaba con energía a las personas que pretendían hacerla volver a su habitacion. Permaneció en estas condiciones durante seis días. En la mañana del 7º día, se le encuentra alegre, comunicativa, plenamente consciente, solicitando datos de la enfermedad que había obligado a recluirla en la institución, con amnesia completa de los hechos que protagonizó en los déas anteriores. Persistían signos de déficit intelectual moderado. Antes del ingreso se observó que parecía no recordar a sus hijos (que estaban en otra población) no preguntaba por éllos. Se le notaba apática, in-

diferente, silenciosa, retraída, sensiblera, aprensiva. Comenzaba a hablar y olvidaba lo que quería decir. No recordaba hechos recientes ni los números de los teléfonos. Tenía sueños angustiosos, durante los cuales veía que se volvía loca.

La enfermedad haba comenzado bruscamente en marzo de 1954 por accesos jacksonianos sensitivo-motrices de la mano derecha y parálisis post-ictal. También sufría de convulsiones mioclónicas y de dificultad para expresarse, recurriendo a perífrases. Desde el principio se quejó de cefaleas con caracteres de hipertensión endocraneana. Aparentemente era comunicativa y tenía buen humor, emotiva y angustiada, pero no daba expresión a estos rasgos, mas bien seca y fría con los médicos. No podía retener seis cifras adelante ni cinco en sentido inverso. No repetía la frase de Babcock después del 5º intento. No podía fijar un nombre y dirección después de un minuto.

El examen neurológico: discreta ataxia, hipoalgesia e hipoestesia de la hemicara derecha, cierta rigidez de nuca, paresia del brazo derecho, hipoestesia y otras alteraciones sensitivas en el brazo derecho.

En la operación se encontraron varios cisticercos quísticos en el área fronto-parietal izquierda.

Crisis psicogenas. Deterioro intelectual

H. Nº 36696.— Enferma de 48 años. La afección comenzó bruscamente en 1952 por crisis de dolor epigástrico, sin irradiaciones y que se acompañaban de cefalea occipital y eran seguidas de náuseas y vómitos. Los accesos duraban de 10 a 20 minutos y al principio eran siempre precipitados por disturbios emocionales displacientes. Posteriormente apareció ambliopía, hipoacusia y vértigos. Después, temblor y desequilibrio durante la marcha. En 1956 la enferma estaba lúcida, desorientada parcialmente, incapaz de comprender órdenes y por tanto colaboraba escasamente en el examen, se distraía fácilmente y mostraba amnesia de fijación. Había también hemiparesia izquierda e incoordinación en la marcha y en los miembros, ambliopía, edema de papila bilateral e hipoacusia bilateral. La investigación mostró eosinofilia, signos de hipertensión endocraneana en la radiografía simple e hidrocéfalo obstructivo acueductal en la ventriculografía. Se comprobó cisticercosis en las cisternas basales durante el acto operatorio.

Reacción neurótica

H. Nº 23099. Enferma de 6 años de edad que ingresó el 21-IV-53 en status epilépticus. Al examen era una niña dócil que se prestaba con aquiescencia excepcional para su edad a las maniobras de la exploración. El estado de conciencia era plenamente lúcido, comprendía las órdenes y las ejecutaba con una precisión perfeccionista. Tenía buen dominio del lenguaje y sabía describir adecuadamente sus impresiones. Posteriormente se le notó sumamente angustiada, tensa, irritable, deprimida incapaz de soportar los ruidos y que-

jándose amargamente de la bulla que había en su casa. Demostró escasa disposición para jugar (antes había sido muy amiguera y juguetona). Tuvo varias crisis de status, falleciendo en una de ellas. Se comprobó cisticercosis cerebral quística, múltiple, hemisférica; así como aneurismas cirsoideos de las venas sub-aracnoideas de las regiones frontoparietotemporales de ambos hemisferios cerebrales.

Sindrome amnéstico: Moria

H. Nº 30241. Enferma de 43 años, ingresó el 1-III-55 por cefalea y convulsiones. Los familiares la habían notado inquieta, inestable, irritable, con tendencia a moverse continuamente, a bajar de la cama contrariando las indicaciones del médico y a burlarse de las personas que trataban con ella. Después de los accesos convulsivos quedaba muy desorientada, hablaba incoherencias y pretendía ir constantemente al retrete. Otras veces permanecía en estado de mutismo durante varias horas. Al examen estaba completamente lúcida, alerta, en un estado de euforia permanente, sarcástica, levemente hostil, tenía conocimiento de sufrir de una enfermedad cerebral que no parecía preocuparle mayormente. Tenía ideas aparentemente delusivas pero expresadas sin convicción y sin un adecuado correlato afectivo, decía por ejemplo que la iban a matar pero reía a carcajadas al comunicar ese pensamiento. Estaba parcialmente orientada, la memoria inmediata era muy defectuosa. Durante las pruebas de apercepción atendía de buen grado pero interpolaba expresiones mordaces, no podía aprender el sentido de la historia ni era capaz de repetirla. El estado afectivo era de franca y persistente euforia, reía a cada pregunta u observación, pero también se notaba severa apatía, yacía pasivamente en cama, preocupándose muy poco de su enfermedad o de su medio ambiente. Presentaba gatismo urinario persistente. Era incapaz de realizar las pruebas más simples de ejecución de la escala de Weschsler Bellevue, no podía hacer ninguno de los problemas de bloques y solo registró una respuesta correcta en la prueba de completar figuras. El cálculo mental era muy deficiente, no podía sumar cifras de dos dígitos, no podía comprender ni ejecutar órdenes de moderada complejidad.

Presentaba además edema papilar con atrofia incipiente bilateral, extinción tactil en el hemicuerpo derecho, con pérdida de la dominancia de la cara en ese lado. La localización de estímulos y la descriminación de dos puntas era deficiente en ambos lados del cuerpo. El tiempo de extinción específica para el dolor era de 8 segundos en la mano derecha y de 25 segundos en la mano izquierda. Existia completa desorientación espacial y apraxia constructiva. Se comprobó eosinofilia, hidrocéfalo obstructivo, cisticercosis racemosa multivesicular de la cisterna magna y segmentos cervicales altos.

Crisis aparentemente conversivas

H. Nº 24671. Enferma de 27 años. Ingresó el 9-IX-53. Desde 1950 presentó accesos de comienzo brusco, caracterizados por bochornos, dolor precor-

dial progresivo, sensación de muerte inminente con gran desesperación y angustia, nublamiento de la visión y después movimientos automáticos e involuntarios de la lengua. También notaba dificultad para respirar y que se ponía intensamente pálida. Las crisis cesaban con la ingestión de alimentos o de líquidos calientes. Presentaba entonces eructos, sensación de calor en la cara y un estado de obnubilación mental con amnesia, que duraba dos a tres horas. En otras ocasiones los accesos comenzaban con sensación de hincadas en la región frontal, con irradiación a las zonas parietales. No perdía la conciencia por completo, recordaba que los vecinos la sostenían pero notaba angustia, obnubilación y eretismo cardiaco. Se han observado así mismo crisis de cefalea, náuseas y vómitos. Al examen no se notaron signos de compromiso cerebral, salvo moderada excitabilidad y angustia; borramiento de la papila del ojo derecho, ataxia axial. Hubo comprobación mediante ventriculografía, que mostró bloqueo a nivel del agujero de Monro, y craniotomía suboccipital, comprobándose cisticerco en el III ventrículo.

Psicosis alucinatoria

H. Nº 1005. Sexo femenino, 24 años de edad, ingresó el 10-VIII-50. Algunos meses antes percibía alucinaciones auditivas, refiriendo notar que una voz "salía por el oído derecho". También crisis de inconciencia sin convulsiones y con amnesia del episodio. Otras manifestaciones fueron múltiples nódulos en el cuero cabelludo y en la cara, oscurecimiento de la visión y cefalalgias. En el examen se encontró un cisticerco en el cristalino izquierdo, con desprendimiento de la retina en ese lado, también se hallaron numerosos cisticercos subcutáneos. En la ventriculografía se comprobaron cisticercos intraventriculares. En el post-operatorio hizo un cuadro de agitación psicomotriz con ideas delusivas de contenido terrorífico: creía que iba a ser precipitada a un foso muy profundo y profería gritos desesperados, resistiendo vigorosamente los intentos de auxilio de las compañeras de sala y de las enfermeras.

Psicosis crónica

H. Nº 32417. Varón de 46 años. Ingresó el I-IX-55 por cefalea, mareos y pérdida de la agudeza visual. Sufría accesos de gran mal desde los 14 años. Después de tener varias crisis en una semana, desarrolló un cuadro psicótico confusional que persistió durante un año. En ese tiempo no reconocía a los familiares, tuvieron que ponerle camisa de fuerza, en varias oportunidades salió a la calle en pijamas o en silla de ruedas. También notaron los parientes cambios de carácter, tendencia a olvidar los acontecimientos próximos y propensión a hacer bromas. Al examen se encontró edema papilar bilateral, pupilas mióticas, reflejo de prehensión y de succión, indiferencia a su estado actual y tendencia a la moria, lucido pero mal orientado, colaborando a disgusto en el reconocimiento. Existía amnesia para hechos recientes, incapacidad para resolver las pruebas de apercepción, marcada tendencia a las con-

fabulaciones, sin embargo la escala completa del Wechsler Bellevce dió 40 de porcentaje verbal y 30 de puntaje de ejecución, con un C. I. de 93. Se notó osteoporosis del dorso de la silla turca en la radiografía de cráneo y anormalidad difusa en el EEG. La ventriculografía demostró deficiente relleno del III y IV ventrículos. El paciente falleció bruscamente. En la necropsia se comprobó cisticerco racemoso en la región hipotalámica y cisternas basales, así como formaciones quísticas múltiples en los hemisferios cerebrales.

Delirio agudo.— Dipsomanía.— Alcoholismo crónico

H. Nº 1775. Enfermo de 38 años. Fué hospitalizado por vez primera el 28-VIII-50. Bruscamente el 24-VIII-50, comenzó a escuchar voces de mujer, sin poder especificar qué le decían. Al día siguiente "se enteró" de que el individuo que le daba pensión lo iba a matar. Se llenó de terror y vió después a N. (el patrón) que había enloquecido y lo llevaban al hospital psiquiátrico Víctor Larco Herrera. Entonces se le apareció una relacionada de su mujer, su cuñado y su mujer y oía que lo insultaban. Los veía claramente, especialmente a N. quien estaba completamente golpeado porque se daba de cabezazos contra la reja de la habitación donde estaba prisionero. Procuró entonces salir de la habitación, pero como en el cuartel "todos estaban contagiados de telepatía", hizo un esfuerzo mental, llamando al Comisario, quien se presentó algo difuso y le confesó que estaba influído por N. Habló con el de matemáticas, filosofía y literatura y este quedó maravillado de su amplia cultura. Posteriormente vió a las mismas personas que lo insultaban y maldecían. En los oídos sentía la voz de N., quien le aconsejaba que se confesara y encomendara su alma a Dios, pues había decidido matarlo. Subió a los altos de la casa y pidió misericordia de rodillas a N. quien lo trató amablemente y le perdonó la vida. En la niñez era muy susceptible, no podía soportar bromas, muy estudioso, se doctoró en Pedagogía en 1947. En ese mismo año comenzó a beber en exceso. Una vez que comenzaba a beber no podía dejar de hacerlo durante dos días y dos noches. En 1948 bebía interdiariamente. En 1950 la necesidad de beber fué sumamente imperiosa a tal extremo que a cada instante frecuentaba las cantinas y lloraba cuando no conseguía bebidas alcohólicas. La abuela paterna y el padre del paciente bebían con exceso.

Al examen existía temblor en los labios y en las manos, pupilas mióticas. LCR normal. El paciente era amanerado, con ideas de grandeza y exaltación personal. Durante el episodio delirante tuvo alucinaciones visuales y auditivas. Pensamiento poco rico en engramas, creía en la transmisión de las ideas y en el influjo del pensamiento, ideas delusivas de daño y persecución. Exhibía rasgos depresivos y labilidad afectiva.

Reingresó el 10-X-55 angustiado, excitable, insomne con deseos de llorar a gritos. Nuevamente había vuelto a beber. Al examen esta vez estaba tranquilo, asequible y con buena acogida al médico. La atención se mantenía y despertaba en forma adecuada, bien orientado, lúcido. La memoria de fijación deficiente pero tenía buena capacidad de abstracción y generalización.

La asociación de ideas algo lenta, con tendencia a las perseveraciones verbales. Predominaba entonces el estado de ánimo alegre, optimista.

El paciente recibió Antabuse y después de la primera prueba con alcohol se le notó inquieto, debatiéndose en la cama incesantemente, gritando a voz en cuello, quejándose de dolores generalizados pero especialmente de dolor abdominal. Presentaba vómitos. En la noche del 11-XI-55 se le encontró frío, cianótico, con apnea periódica pero el corazón latia. Se inició tratamiento con estimulantes cardiorespiratorios, respiración artificial y empleo del resucitador de Mc Kenna. Durante estos procedimientos el paciente hizo un trismus, luego convulsiones generalizadas, paro respiratorio y detención cardiaca. Al practicar la autopsia se encontraron numerosos cisticercos quísticos en los hemisferios cerebrales y cerebelosos.

RESUMEN DE LAS 32 OBSERVACIONES CLINICO - PATOLOGICAS

Caso 1.—Sanatorio de Enfermedades Mentales, Nº Hist. 3177, sexo femenino, 24 años, procede de Churín, nació en Cajatambo. Síntomas psíquicos: psicosis catatónica. Síntomas neurológicos: hidrocefalia, atrofia de los nervios ópticos, convulsiones generalizadas. Comprobación: LSR patológico, desviacin del complemento positiva, ventriculografía. Forma anatómica: Cisticercosis racemosa de fosa posterior.

Caso 2.—Hospital de Policía, Nº Hist. 129, varón de 37 años, procede y natural de Puno. Síntomas psíquicos: síndrome amnésico. Síntomas neurológicos: hidrocefalia, convulsiones, edema de papila. Comprobación: LCR patológico, desviación del complemento positiva, ventriculografía. Forma anatómica: Cisticercosis quística y racemosa de hemisferios y fosa posterior.

Caso 3.—Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEM), Hist. Nº 30818, sexo femenino, 10 años de edad, procede de Lima, natural de Negritos. Síntomas psíquicos: déficit intelectual marcado. Síntomas neurológicos: convulsiones focales y generalizadas, vértigos. Comprobación: calcificaciones intracraneales en la radiografía. Forma anatómica: cisticercosis quística, hemisférica.

Caso 4.—Hospital de Policía, sexo masculino, 26 años, natural y procedente de Chota. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico ansioso. Síntomas neurológicos: cefalea, vértigos, caída a la izquierda, amaurosis, hidrocefalia, convulsiones. Comprobación: LCR ventricular con 35 por ciento de eosinófilos,craniotomía. Forma anatómica: Cisticercosis racemosa de la fosa posterior.

Caso 5.—Hospital de Policía, Hist. Nº 1285, varón, de 33 años, natural y procedente de Cajamarca. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico. Síntomas neurológicos: cefalea, hemianestesia derecha, amaurosis, hidrocefalia, convulsiones, edema de papila bilateral. Comprobación: LCR patológico, ventriculografía, EEG focal con spikes en la región fronto-parietal, craniotomía. Forma anatómica: Cisticercosis quística y racemosa.

Caso 6.—Hospital de Policía, sexo masculino, 24 años, natural y procedente de Arequipa. Síntomas psíquicos: ansiedad, síndrome amnéstico. Síntomas neurológicos: inconsciencia en crisis de una hora de duración, cefalea. Comprobación: neumoencefalografía. Forma anatómica: Quística.

Caso 7.—Hospital de Policía, varón de 38 años, Hist. Nº 1775, procede de Lima, natural de Ayacucho. Síntomas psíquicos: síndrome delirante a repetición, alcoholismo, déficit intelectual. Síntomas neurológicos: hiperreflexia. Comprobación: LCR patológico, autopsia. Forma anatómica: Cisticercosis quística del cerebro y cerebelo, bilateral.

Caso 8.—INEN, Hist. Nº 26967, sexo femenino, 36 años, procede de Chosica, natural de Ica. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico, psicosis confusional episódica, angustia, crisis depresivas. Síntomas neurológicos: convulsiones jacksonianas (derecha) cefalea, anestesia cortical derecha, rigidez nucal, síndrome parietal. Comprobación: Operación, electrocorticografía, biopsia. Forma anatómica: cisticercosis quística hemisférica.

Caso 9.—INEN, Hist. Nº 33953, varón de 37 años, natural y procedente de Chiclayo. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico. Síntomas neurológicos: cefalea, convulsiones, inconsciencia prolongada, edema papilar, hemiparesia izquierda, hidrocefalia, ataxia. Comprobación: radiológica, craniotomía sub-occipital. Forma anatómica: Cisticercosis racemosa y quística de la fosa posterior.

Caso 10.—INEN, Hist. Nº 30241, mujer de 4 3años, procede de Lima, natural del Callao. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico erético. Síntomas neurológicos: cefalea, amaurosis, convulsiones, ataxia e hidrocefalia. Comprobación: operación. Forma anatómica: Cisticercosis racemosa de fosa posterior.

Caso 11.—INEN, Hist. Nº 23099, niña de 6 años de edad, natural y procedente de Lima. Síntomas psíquicos: ansiedad irritable con rasgos compulsivos. Síntomas neurológicos: convulsiones jacksonianas y generalizadas, edema papilar, nistagmo, anisocoria, obesidad hipofisaria, muerte en status epilépticus. Comprobación: autopsia. Forma anatómica: Quística y racemosa, cerebral y fosa posterior.

Caso 12.—INEN, Hist. Nº 21924, varón de 29 años, natural y procedente de Puquio. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico. Síntomas neurológicos: ambliopía, cefalea, hipoacusia, vértigos, hipoalgesia hemicara derecha. Comprobación: radiografía de cráneo con calcificaciones múltiples, nódulo cisticercósico en el cuero cabelludo, LCR patológico, biopsia. Forma anatómica: cisticercosis quística hemisférica.

Caso 13.—INEN, Hist. Nº 22527, sexo femenino, 27 años de edad, procede de Lima, nació en Caraz. Síntomas psíquicos: obnubilada, eufórica, psicosis delirante, agitada. Síntomas neurológicos: crisis de inconsciencia, que se prolongaban hasta por tres días, cefalea, estrabismo, ambliopía, hidrocefalia. Comprobación: LCR patológico, con exceso de eosinófilos; ventriculografía: quiste en el piso del ventrículo lateral derecho. Forma anatómica: quística y racemosa.

Caso 14.—INEN, Hist. Nº 25099, varón de 19 años, nacio y procede de Ayacucho, como síntomas psíquicos presenta un síndrome amnéstico. Síntomas neurológicos: amaurosis, atrofia papilar, hiperestesia facial, vértigos. Comprobación: Examen radiológico, operación, biopsia. Forma anatómica: Aracnoidítica y quística.

Caso 15.—INEN, Hist. Nº 24671, sexo femenino, 27 años, procede de Lima, natural de Chiclayo. Síntomas psíquicos: crisis psicóticas delirantes, otras veces angustia, eretismo cardiaco y obnubilación. Síntomas neurológicos: convulsiones, cefalea, vértigos, hidrocefalia obstructiva. Comprobación: Liquido ventricular con 32 por ciento de eosinófilos, operación, autopsia. Forma anatómica: Cisticercosis quisítica en el III ventrículo, hemorragia en el hemisferio cerebeloso derecho (post operatoria). Enclavamiento de las amígdalas cerebelosas.

Caso 16.—INEN, Hist. Nº 20561, hombre de 36 años, ignórase procedencia. Síntomas psíquicos: estado de excitación psicomotriz después de la ventriculografía, otras veces, apático, huraño, mutista. Síntomas neurológicos: cefalea, inconsciencia, ambliopía, edema papilar, ataxia, hidrocefalia, hipersomnia. Forma anatómica: cisticercosis racemosa de la fosa posterior.

Caso 17.—INEN, Hist. Nº 1024, procede y natural de Jauja, mujer de 22 años, referida del Hospital Loayza. Síntomas psíquicos: insomnio pertinaz. Síntomas neurológicos: convulsiones, cefalea, dolor en la órbita derecha. Comprobación: cisticerco subdérmico en el labio superior. LCR patológico, operación, biopsia. Forma anatómica: Cisticercosis quística.

Caso 18.—Hospital Loayza, Hist. 1005, mujer de 24 años, procede de Lima. Síntomas psíquicos: alucinaciones auditivas, crisis psicóticas con gran agitación y ansiedad. Síntomas neurológicos: cefalea, vértigo, inconsciencia sin convulsiones. Comprobación: nódulos subcutáneos en el cuero cabelludo y en la cara, cisticerco en la retina, LCR, patológico, ventriculografía. Forma anatófica: cisticercosis quístico-racemosa.

Caso 19.—Hospital Loayza, mujer de 32 años, procede de Lima. Síntomas psíquicos: irritabilidad, obnubilación, agitación confusional post-operatoria. Síntomas neurológicos: cefalea, crisis de inconsciencia de 3-4 horas, afasia motriz, hemiparesia derecha, edema papilar, hidrocefalia. Forma anatómica: cisticercosis quística.

Caso 20.—Hospital Loayza, varón de 56 años, natural y procedente del Callao. Síntomas psíquicos: Síndrome cerebral crónico. Síntomas neurológicos: cefalea, diplopia, ambliopía, anisocoria, compromiso de los pares V y VIII derechos, hidrocefalia. Comprobación: craniotomía suboccipital. Forma anatómica: cisticercosis racemosa de la fosa posterior.

Caso 21.—INEN, Hist. Nº 31934, varón de 27 años de Piura. Síntomas psíquicos: síndrome amnéstico. Síntomas neurológicos: convulsiones, vértigos, ataxia del tronco, cefalea, hipersomnia. Comprobación: autopsia Nº A-313. Forma anatómica: Cisticercosis racemosa y quística, hidrocefalia.

Caso 22.—INEN, Hist. N° 33601, varón de 23 años, natural y procedente de Jauja. Síntomas psíquicos: no fue observado por el psiquiatra. Síntomas neurlógicos: vértigo rotatorio, cefalea, disestesias en el brazo derecho, ambliopía, ataxia, edema y atrofia papilar secundaria. Comprobación: calcificaciones en las radiografías, craniotomía sub-occipital. Forma anatómica: Cisticercosis racemosa de la cisterna magna, el IV ventrículo y el receso lateral.

Caso 23.—INEN, Hist. N° 32056, varón de 32 años, procede de Jauja, nació en Lima. Síntomas psíquicos: no fue examinado por el psiquiatra. Síntomas neurológicos: cefalea, disestesias en los brazos, vértigos, edema papilar, diplopia. Comprobación: radiografía del cráneo con calcificaciones, LCR patológico. Forma anatómica: cisticercosis quística: en el quiasma y valle silviano.

Caso 24.—INEN, Hist. N° 29546, mujer de 22 años, procede de Lima, natural de Tumbes. Síntomas psíquicos: no presenta, está lúcida, inteligente, colaboradora. Síntomas neurológicos: convulsiones jacksonianas y mioclónicas, hemiparesia izquierda, pseudopercepciones tactiles en el mismo lado. Comprobación: operación, ventriculografía, biopsia. Forma anatómica: Cisticerco calcificado en el área 4, zona de la pierna. Hidrocefalia, atrofia cortical bilateral.

Caso 25.—INEN, Hist. N° 27404, mujer de 40 años, natural y procedente de Piura. Síntomas psíquicos: pasividad, cierto apagamiento de la espontaneidad, memoria y pensamiento normales. Síntomas neurológicos: cefalea, convulsiones, edema papilar, lipotimias, paresia de la pierna derecha, hipotonía generalizada, anisocoria, ataxia, amaurosis. Comprobción: LCR con exceso de eosinófilos, ventriculografía. Forma anatómica: cisticercosis racemosa de la fosa posterior, hidrocefalia interna.

Caso 26.—INEN, Hist. N° 32417, varón de 46 años, procede de Lima, nació en Piura. Síntomas psíquicos: psicosis que duró un año (internado en el Hospital Víctor Larco Herrera). Síntomas neurológicos: convulsiones, vértigos, ambliopía, edema papilar bilateral, paresia facial izquierda, reflejo de prehensión bilaterial, signo de Babinsky, a la izquierda. Comprobación: ventrículo en la región hipotalámica y en las cisternas basales, múltiples quistes en los hemisferios y en el ventrículo medio.

Caso 27.—INEN, Hist. N° 36696, mujer de 48 años, natural y procedente de Ancash. Síntomas psíquicos: desorientación témporo-espacial, deficiente colaboración, reducción de la capacidad inte'ectual, distraibilidad, astenia, hipmnésica. Síntomas neurológicos: crisis de dolor epigástrico, cefalea, náuseas y vómitos desencadenados por disgustos, visión borrosa, zumbido de oídos, ataxia, edema papilar, temblor, apraxia ideomotriz, sin convulsiones. Comprobación: Radiografía de cráneo, eosinofilia, biopsia, ventriculografía, craniotomia sub-occipital. Forma anatómica: cisticercosis racemosa cisternal, hidrocefalia por obstrucción del acueducto.

Caso 28.—Hospital 2 de Mayo, varón de 30 años, procede de Arequipa, nació en Puno. Síntomas psíquicos: leve deficiencia mental. Síntomas neuro-

lógicos: diplopia, ruídos en el oído (d), vértigo rotatorio, náuseas, vómitos, disminución de la visión en el ojo derecho, disartria, anestesia de la córnea izquierda, edema papilar, atrofia del nervio óptico derecho, sin convulsiones, sin cefalea pero percibe dolor de cabeza cuando hace esfuerzos. Comprobación: Eosinofilia en la sangre y en el CR (11%). Forma anatómica: cisticercosis racemosa de la fosa posterior.

Caso 29.—INEN, varón. No se tienen datos de la personalidad. Se encontraron numerosísimos cisticercos calcificados en las radiografías de los miembros y del torax. Se hizo biopsia de músculos y laminectomía. Forma anatómica: cisticercosis quística medular.

Caso 30.—INEN, Hist. Nº 39127, joven de 17 años, procede de Lima, nació en Huancavelica. Síntomas psíquicos: irritable, síntomas compulsivos. Síntomas neurológicos: cefalea, convulsiones generalizadas, vértigos, hidrocefalia. Comprobación: calcificaciones en la radiografía de cráneo, LCR patológico, neumoencefalografía. Forma anatómica: cisticercosis quístico-racemosa, atrofia cerebral, hidrocefalia.

Caso 31.—INEN, Hist. Nº 40664, mujer de 40 años, procede de Lima, nació en Cajamarca. Síntomas psíquicos: alcoholismo (desde hacen 5 años), irritabilidad, astenia. Síntomas neurológicos: hemicráneas, cefaleas, vértigos, vómitos. Comprobación: Calcificaciones en la radiografía de cráneo, EEG, neumoencefalografía, operación. Forma anatómica: cisticercosis quístico-racemosa, hemisférica y ventricular.

Caso 32.—INEN ,sexo femenino, natural de Huánuco. Síntomas psíquicos: síndrome confusional con apraxia y afasia. Síntomas neurológicos: convulsiones, cefalea, síndrome cerebeloso. Comprobación: calcificaciones en la radiografía de cráneo, arteriografía, ventriculografía, operación. Forma anatómica: cisticercosis racemosa, intraventricular.

COMENTARIO

Hemos querido presentar los casos que anteceden por dos motivos: (1) la frecuencia de la cisticercosis cerebral en el Perú y (2) la casi constante asociación de manifestaciones psicopatológicas en los enfermos de esta serie. No hemos considerado las perturbaciones psíquicas ictales o post-ictales de nuestros pacientes. Si lo hubiéramos hecho, el porcentaje de síndromes psicológicos se elevaría aun más. Una revisión a la Tabla I demuestra sin embargo que prácticamente todos los casos presentaban manifestaciones neurológicas de lesión focal o difusa del cerebro o de las estructuras infratentoriales. En la mayor parte de enfermos por tanto, los síntomas psiquiátricos son de tipo orgánico y corresponden a diversos cambios fisiopatológicos en el sistema nervioso central. Han existido no obstante, observaciones carentes de signos neurológicos, en las cuales el diagnóstico de cisticercosis ha sido consecuencia de la craneotomía exploradora o de la autopsia. El caso Nº 7 por ejemplo, mostraba los rasgos caracterológicos típicos del alcohólico crónico.

En la autopsia se encontraron, sorpresivamente, numerosos cisticercos quísticos en el cerebro y en el cerebelo.

El diagnóstico de la cisticercosis cerebral puede ofrecer grandes dificultades, pero como es enfermedad sumamente frecuente entre nosotros, debemos estar en condiciones de reconocerla sin dilación. Desde antiguo se conoce que los cisticercos tienen predilección por la substancia gris del cerebro y que frecuentemente dan lugar a fenómenos convulsivos. En nuestra experiencia hemos observado accesos de gran mal, petit mal, crisis jacksonianas y ataques psicomotores. En los 32 casos estudiados hemos verificado historia de convulsiones en 21 oportunidades y una de las enfermas murió en status epilépticus. Muchos enfermos considerados como epilépticos idiopáticos en las etapas iniciales de la enfermedad, resultan padeciendo de cirticercosis cerebral. La asociación de convulsiones, transtornos mentales y signos neurológicos focales es muy frecuente en las etapas avanzadas de esta enfermedad. Sin embargo, BICKERSTAFF ha llamado la atención sobre las numerosas formas clínicas de cisticercosis no asociadas a fenómenos convulsivos. Las principales formas de iniciación serían: (1) períodos de alteraciones del comportamiento, que probablemente son accesos psicomotores; (2) pérdida transitoria de funciones neurológicas, como por ejemplo extinción brusca del uso o de la sensación en un miembro o pérdida instantánea del lenguaje y que, en las personas jóvenes, frecuentemente se interpreta como histeria; (3) hidrocéfalo obstructivo agudo, con el conocido síndrome de Bruns (cefalea intensa, de comienzo brusco, vómito, ruidos en los oídos, vértigo e inconciencia); (4) disturbios del equilibrio, frecuentemente ocasionados por el cisticerco racemoso en la fosa posterior; (5) ataques de meningo-encefalitis; (6) ambliopía progresiva, por nidación de los cisticercos en la órbita, en el quiasma o causada por hipertensión endocraneana crónica (que en nuestra experiencia ha sido la causa más frecuente); (7) movimientos involuntarios (temblor, perkinsonismo, corea) y (8), disturbios mentales.

En este trabajo se confirma la considerable frecuencia de alteraciones mentales en la cisticercosis, pero debemos observar que en la mayor parte de casos se asociaban a signos y síntomas de lesión orgánica del sistema nervioso central. En nuestra serie la cisticercosis raras veces se inicia con alteraciones psíquicas. La enfermedad, que es casi siempre crónica, evoluciona por brotes de síntomas psíquicos o neurológicos. Algunas veces se manifiesta bruscamente por fenómenos psicóticos o neuróticos, pero generalmente existen en la historia personal datos de convulsiones o de inconsciencia prolongada o de otros fenómenos neurológicos.

En la serie que comentamos la mayor parte (16 casos) presentaban los signos típicos del síndrome cerebral crónico, es decir que se trataba de un cuadro clínico relativamente permanente, más o menos irreversible, que si el enfermo mejoraba siempre quedaban signos de deterioro intelectual. Generalmente se podían comprobar también disturbios de la memoria, del juicio, de la orientación, de la comprensión y de los afectos. Así mismo se observaron otros disturbios mentales de tipo neurótico, psicótico, o psicopático que se

agregaban al sindrome cerebral crónico. En las etapas avanzadas de la enfermedad, especialmente en los casos de cisticercosis racemosa con hidrocéfalo obstructivo crónico o recidivante, se apreciaba considerable déficit mental con fenómenos de desorientación espacial, apraxia constructiva, afasia de tipo central, alteraciones del esquema corporal y otras evidencias de sufrimiento cortical, que se acompañaban de un estado afectivo plácido, alegre, irónico o francamente eufórico.

No hemos podido establecer relación definida entre el cuadro clínico psiquiátrico y la forma anatómica de la enfermedad. Algunas reacciones psicóticas (casos 7, 8) se asociaban con cisticercosis quística en los hemisferios cerebrales, pero otras (casos 1, 13, 15, 18, 19) dependían de lesiones racemosas en los ventrículos cerebrales o en la fosa infratentorial.

Dada la antigüedad de las lesiones, todos los casos eran crónicos, no ha sido posible establecer relación entre las manifestaciones psicofisiológicas y las formas iniciales de la enfermedad cerebral cisticercósica. Se sabe que la infestación encefálica se hace por vía hemática y que generalmente se realiza en un tiempo relativamente corto. Posiblemente la iniciación de la enfermedad puede expresarse mediante disturbios pseudo neuróticos (cefalea, vértigo, irritabilidad, fatigabilidad ,astenia) o francas reacciones psicóticas confusionales. Los casos (1, 4, 6, 7, 8, 13, 18) de psicosis agudas de nuestra serie se han presentado como episodios intercurrentes dentro de una enfermedad neurológica crónica.

Debido a la carencia de investigación necrópsica en todos los pacientes, no hemos podido establecer comparación entre las lesiones histológicas y los signos psíquicos. Sin caer en el error de considerar que una determinada lesión anatómica debe producir un sindrome específico, nos parece que los síntomas psíquicos pueden ser ocasionados, entre otros factores, por acción de las formaciones quísticas en el cerebro (corteza, hipotálamo, ventrículo medio, lóbulo temporal) o por intermedio de la hidrocefalia obstructiva crónica, con la consiguiente atrofia cerebral, que produce la cisticercosis racemosa de las cisternas basales y de los ventrículos cerebrales. En raras ocasiones, la cisticercosis da lugar a meningo-encefalitis o aracnoiditis, que ocasionan síndromes psiquiátricos episódicos, agudos, del tipo delirante, que pueden confundirse con la iniciación de algunas de las psicosis llamadas endógenas. En nuestras observaciones no hubo lugar para tal equivocación, pues no tuvimos casos aislados de aracnoiditis o de meningoencefalitis parasitaria. SUTHERLAND y ROSIE afirman que en la cisticercosis cerebral existe constantemente periarteritis y endoarteritis de las meninges y de los vasos cerebrales más pequeños, como ocurre en la sífilis del sistema nervioso central, y sugieren que dichas lesiones pueden desempeñar cierto papel en la producción de los síntomas mentales y neurológicos de la enfermedad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

(1) La cisticercosis cerebral se presenta frecuentemente con manifestaciones psíquicas. En esta serie, que comprendia 32 casos, el 90% padecían de disturbios psicológicos.

(2) Los síndromes encontrados pueden corresponder a reacciones psicóticas agudas delirantes, desórdenes psicomotores, reacciones crónicas de tipo toxi-infeccioso y demencial, perturbaciones pseudoneuróticas y modificaciones aparentemente psicopáticas.

(3) La investigación neuropsiquiátrica exhaustiva de los casos elimina rápidamente los diagnósticos iniciales de esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, neurosis o desórdenes del carácter, y permite determinar la causa principal de la enfermedad.

(4) El examen del sistema nervioso central y las técnicas auxiliares del diagnóstico neuro-quirúrgico (raquicentesis, radiología del cráneo, ventriculografía, craniotomía exploradora) son procedimientos indispensables en todo caso en el que se asocien convulsiones, manifestaciones psicopatológicas y signos neurológicos focales o difusos. La mayor parte de estos enfermos, entre nosotros, sufren de cisticercosis cerebral.

(5) No se ha encontrado relación entre los síndromes psicopáticos y las lesiones producidas por la cisticercosis en el cerebro; salvo en los casos crónicos de cisticercosis racemosa, en los cuales, el síndrome demencial tiende a ser más grave cuanto más extensa es la atrofia secundaria al hidrocéfalo obstructivo y, a los disturbios circulatorios, consecutivos a la periarteritis y endoarteritis cisticercósica.

BIBLIOGRAFIA

ARANA, R. & ASENJO, A.— *J. Neurosurg.* 2: 181, 1945.

BICKERSTAFF, E. R.; SMALL, J. M. & WOOLF, A. L.— *Brain* 79: 622. 1956.

BICKERSTAFF, E. R.— *Brit. Med. J.* 1: 1055, 1955.

BICKERSTAFF, E. R.; CLOAKE, P. C. P.; HUGHES, B. & SMITH, W. T.— *Brain* 75: 1, 1952.

BRUNS, J.— *Neurol. Zbl.* 25: 540, 1906.

DIXON, H. B. F. & HARGREAVES, W. H. *Quart. J. Med.* 13: 107, 1944.

MAC ARTHUR, W.— *British Encyclopedia of Medical Practice.* 4: 1950. Butterworth, London.

PINTO PUPO, P.; CARDOSO, W.; DOS REIS, J. B. & PEREIRA DA SILVA, C.— *Arch. Serv. Psicop. S. Paulo.* 10: 3, 1945.

STEPIEN, L. & CHOROBSKY, J.— *Arch. Neurol. Psychiat.* 61: 499, 1949.

SUTHERLAND, J. M. & ROSIE, J. M.— *J. Ment. Scien.* 102: 343, 1956.

TRELLES, J. O. & LAZARTE, J. A.— *La Cisticercosis Cerebral*, Lima, 1940.

ORGANIZACION DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO EN GRAN BRETAÑA

por BALTAZAR CARAVEDO *

Durante dos semanas el Consejo Británico me brindó la oportunidad de visitar algunos centros psiquiátricos y conversar con algunas personalidades de la psiquiatría inglesa. En mi breve estada recorrí los siguientes centros psiquiátricos: Maudsley Hospital (Instituto de Psiquiatría) que funciona dentro del Hospital antes citado, centro principal de enseñanza psiquiátrica.

El Hospital de Warlingham Park, situado en dicha localidad, en el condado de Surrey.

El Hospital Mapperley, situado en Nottingham.

El Hospital Banstead, situado en la localidad del mismo nombre.

La Tavistock Clinic, en Londres y los hospitales de día de Malborough y del Maudsley, así como los pequeños hospitales de admisión de Nottingham y Banstead.

La primera observación que se hace frente a los hospitales psiquiátricos es que éstos han sido adaptados a las necesidades de la época y a las tendencias psiquiátricas reinantes, lo que ha permitido mantener a los edificios el trazado fundamental de sus viejas estructuras, pero demostrando la posibilidad arquitectónica de su adaptación a las necesidades actuales.

Los hospitales ingleses dedicados al cuidado de los enfermos mentales son hoy dia centros terapéuticos activisimos, en contacto permanente con la colectividad. Los psiquiatras ingleses han logrado después del paso dado hacia la socialización de la medicina, que el hospital psiquiátrico se integrase con la comunidad y se convirtiera a su vez en una comunidad terapéutica.

Posiblemente los psiquiatras ingleses estén aún muy comprometidos por la influencia tremenda que tuvo HENRY MAUDSLEY en las corrientes ideológicas de la psiquiatria británica, pero han logrado centralizar su tenaz concepción organicista dentro de un activo marco social, transformando la asistencia psiquiátrica en una labor comunitaria, dinámica, permanente, interviniendo en todas las actividades de la vida diaria del hombre con el objeto de evitar tensiones o conflictos que pueden ser factores de profundas perturbaciones psicológicas.

Para la organización médica actual, en Gran Bretaña, el Hospital Psiquiátrico es un eslabón dentro de la cadena de servicios preventivo-asistencia-

* Jefe del Departamento de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública, Lima.

les con que cuenta la especialidad y el mismo hospital ofrece a cada miembro de una comunidad todos los recursos terapéuticos disponibles, así como un vasto servicio social que abarca todas las actividades y que mantiene al paciente unido, en contacto, con los servicios hospitalarios hasta el momento en que el especialista juzgue conveniente dejarlo a sus propios cuidados.

Con el cambio de estructura sanitaria en la Gran Bretaña los servicios psiquiátricos están formando parte integral de los servicios médicos de un area y sirven, por lo tanto, a un grupo determinado y a diferentes entidades médicas estrechamente conectadas entre sí. El Hospital Psiquiátrico, en Inglaterra, no se concibe ya como una unidad asistencial aislada, sino como parte indisoluble de un cuerpo o entidad de acción. Muchas veces no podría decirse dónde termina la actividad del hospital mental y donde comienza la acción de los servicios médicos generales o domiciliarios, pues éstos últimos se están sirviendo permanentemente de los psiquiatras del hospital mental para consultas, tanto en el hospital general como para supervisar casos dentro de la comunidad del area.

Cada día funcionan en los hospitales generales, dispensarios psiquiátricos; dentro del hospital un pabellón sirve de servicio de observación, unido al cual existen facilidades de tratamiento ambulatorio y a solicitud de los médicos generales, el personal del hospital psiquiátrico realiza visitas domiciliarias dentro del distrito. Algunos hospitales psiquiátricos como el Warlingham Park, han adquirido en la ciudad más cercana una casa en la que el personal del hospital, médicos, asistentes sociales, enfermeras, trabajan durante todo el día, hasta avanzadas horas de la tarde, en sesiones de orientación infantil, grupos de juegos de niños durante el día y atención de pacientes adultos externos, mediante terapia individual y de grupo y clubs terapéuticos al atardecer. Casi todas las poblaciones cercanas al hospital poseen una "asociación de familiares" cuya finalidad es organizar visitas y programas de recreación para aquellos pacientes que no tienen allegados.

Una de las características de la actitud social del hospital psiquiátrico es el amplio concepto de la libertad de acción que tienen los pacientes y que consideran los psiquiátras ingleses el eje inspirador de la política del hospital. Prácticamente no existen servicios cerrados y todos los pabellones están sin llave existiendo solo vigilancia muy estrecha y control en los dos pabellones de enfermos declarados peligrosos. Hay hospitales en que el 98% de sus servicios están abiertos y en las que los pacientes tienen absoluta libertad para entrar y salir. Incluso lo que antes fué característico de todo hospital psiquiátrico, las murallas, símbolos de segregación del mundo exterior, hace tiempo que en Inglaterra han sido derrumbadas; prácticamente no existe, al decir de muchos médicos, dificultad para la fuga del enfermo que así lo quiera.

Se tiene la convicción dentro de los hospitales psiquiátricos de que más peligrosa que la fuga es la institucionalización del paciente. Esto tiene su explicación porque la vida del hospital, básicamente no es desagradable; tiende a liberar a la persona de su responsabilidad para consigo mismo, allí reciben

cuidados y atenciones, y en el caso de enfermos neuróticos e inmaduros existe el peligro de que se tornen demasiado dependientes del hospital y no deseen dejarlo. Hay que hacer hincapié en el hecho de que los hospitales psiquiátricos ingleses han recibido siempre todo tipo de neurosis y el enfermo neurótico ha sido, quizás, el que ha logrado mayor atención en cualquier etapa de la evolución asistencial en Inglaterra. Es por esa razón de que los servicios anexos para neuróticos en los hospitales psiquiátricos solo admiten a éste tipo de pacientes durante 2 meses, pasados los cuales deben abandonar el hospital.

Otro de los aspectos que se enfocan en la asistencia psiquiátrica es el problema de la dependencia que suscita el hospital, por lo que se tiende a contrarrestarle, estimulando a los pacientes a asumir iniciativas y autorresponsabilidad. En una carta, en un folleto y en la entrevista inicial con el personal, al paciente se le hace recalcar el hecho de que el hospital es "su" hospital y que deben tomar, por lo tanto, un interés activo en él, refiriendo sus ideas y sugerencias para mejorarlo. Los pacientes ayudados por los médicos y asistentas sociales, mantienen clubs de enfermos hospitalizados, organizando juegos, recreaciones, tardes sociales, etc. Los pacientes son los editores de la Revista Semanal del Hospital. Una vez por semana se reunen con los médicos del pabellón para discutir cualquier problema que se les presente. Hay, así mismo, gran cuidado en evitar que los enfermos no deambulen sin objeto alguno durante el día, para lo cual se tiene organizado el programa de terapia ocupacional.

En general las terapias activas, por muy intensas que sean, solo ocupan una parte del día, quizás la menor de ellas. Si un paciente, después de recibir tratamiento, se le dejara a su libre disposición pronto sucumbiría al aburrimiento, irritabilidad, sentimiento de depresión y frustración, lo que, en concepto de los psiquiátras aniquilaría todo beneficio que pudiera resultar de otras formas especializadas de tratamiento. Para los pacientes psicóticos, activamente perturbados, la terapia ocupacional representa una salida que desgasta energías, las que de otro modo, serían descargadas en resistencia activa y conducta violenta. Esta actitud del hospital psiquiátrico, en concepto de los psiquiátras británicos, explicaría el porqué en un hospital moderno se encuentra difícilmente las manifestaciones de conducta violenta que antes eran considerados como rasgos inevitables de un hospital psiquiátrico y que hacían necesaria la mantención de puertas cerradas y piezas amuralladas.

Desde el punto de vista social la terapia ocupacional, segun el criterio de los psiquiátras ingleses, no consiste en decirle al paciente que haga cualquier cosa; la terapia ocupacional ha de ser cuidadosamente organizada, planificándose el día completo del paciente, tomándose en cuenta sus habilidades especiales, intereses y necesidades. Esto proporciona al enfermo la sensación que aún puede realizar trabajo de valor y lo ayuda a restablecer su frecuentemente disminuida propia estima y confianza en sí mismo, y es por esto que su valor se extiende más allá de cualquier nueva habilidad que pueda haber descubierto incidentalmente nuevos intereses a desarrollar o nuevas técnicas a adquirir. Como es muy difícil contar con un número grande de terapeutas

ocupacionales, los hospitales psiquiátricos británicos, utilizan en muchos sitios del hospital a las propias enfermeras para realizar el mismo trabajo que las terapeutas ocupacionales, con los que se ha extendido la terapia ocupacional más allá de las dedicadas a los departamentos especializados para este fin, inclusive a zonas externas del hospital. Se estimula en todos los departamentos de terapia ocupacional el trabajo de pacientes de ambos sexos y existen en todos los hospitales psiquiátricos los pacientes turbulentos. La estimulación del contacto social dentro del hospital significa que la estructura ambiental está cambiando y que el hospital debe de considerarse como una escuela de entrenamiento en la cual los pacientes pueden aprender a guiar su vida en forma útil y agradable.

En el concepto de los psiquiátras británicos el hospital llena una función social importantísima y representa un núcleo, un esquema de la vida comunitaria. La vida normal no se vive en forma aislada, sino con vecinos, amigos, socios, etc.; de allí que se insista continuamente en sacar al paciente de su aislamiento y de hacerlo compartir experiencias de grupos. Es esta la razón fundamental por la que en muchos hospitales ingleses se insista en la organización de toda clase de grupos. El enfermo mental se siente frecuentemente solo, dejado fuera del rebaño y ha perdido el sentimiento de pertenencia; colocado en grupos de personas que representan dificultades similares puede volver a adquirir el sentido de pertenecer a una comunidad. Hasta donde sea posible, todo paciente hospitalizado es puesto por lo menos en un grupo. Estos grupos se reparten en toda la escala de actividades del hospital, incluyendo agrupaciones de trabajo, recreativas de discusión, etc. En la parte inferior de esta escala existe *el grupo formador de hábitos,* para aquellos pacientes que necesitan supervisión de su toilette higiénica; estos pacientes habitan un mismo pabellón. Frecuentemente la conducta y hábitos de estos enfermos mejora considerablemente bajo este régimen, pudiendo así ascender al grupo más próximo y así sucesivamente. De la misma manera, tal vez, que el standard de civilización de un país puede ser juzgado en la forma en que trata a sus minorías y ciudadanos más débiles, así el valor de un hospital psiquiátrico reside en la forma que éste cuida a su inevitable proporción de crónicos.

Por lo común existe en la actualidad la tendencia, con las nuevas técnicas psicoterápicas y físicas, a darle gran énfasis al tratamiento de los agudos, en detrimento de los crónicos; pero si se pone del lado de éstos un interés mayor y mejores recursos terapéuticos también se experimentaran recuperaciones notables, como lo han observado los hospitales con una orientación social bien definida. La creencia popular del enfermo descuidado, sucio, abandonado en un rincón del pabellón como un ser sin interés y sin esperanzas no es tanto como consecuencia de la enfermedad, sino la falta de interés que se ha tomado en él y la escasez de facilidades para proporcionarle una salida a sus energías. En un hospital organizado dentro de una orientación social los pacientes de este tipo han desaparecido o están desapareciendo y solo es dable ver grupos de pacientes ancianos que pese a su deterioro orgá-

nico han logrado conservar un mínimo de hábitos sociales de carácter higiénico que les permite mantener la vida en común, dentro de la mayor propiedad de formas, debido a éstos cuidados que tienden a formar hábitos o a mantenerlos sin gran mengua.

Una vez que los hábitos han mejorado el paciente cambia de grupo, a cargo de otra enfermera la que tiene por obligación mantener al enfermo dentro de las costumbres higiénicas que ha logrado y aprende, además, algunas labores fáciles de carácter doméstico. Una vez lograda esta etapa el paciente es colocado en situación de aceptar trabajos de campo o jardinería y finalmente es cambiado de pabellón, a salas de mejor ambiente social y de mejores condiciones en relación entre el grupo. Naturalmente que estos grupos asisten, también, a las sesiones de terapia ocupacional a las horas acostumbradas.

Al final de la escala están los grupos más diferenciados, los grupos culturales y artísticos, tales como las clases de arte, música, grupos técnicos, hobbies, etc. Entre éstos dos extremos están los grupos agrícolas, de jardinería, etc., que abarcan toda la escala de actividades ocupacionales. De este modo, creen los psiquiatras británicos, el paciente aprende a trabajar junto con otros hasta el logro de una meta común, en vez de luchar aislado por su meta individual con exclusión de los intereses de la colectividad.

Los grupos llamados recreacionales y sociales forman un club social, el cual es manejado por los propios pacientes. Los enfermos poseen equipos deportivos de todas aquellas competencias atléticas tan comunes en Inglaterra, equipos que compiten con otros similares de otros hospitales. Así mismo los hospitales poseen todos aquellos deportes de salón para los cuales son necesarios canchas cubiertas, tales como ping-pong, badmington, box, entrenamientos físicos, etc. Los hospitales tienen semanalmente dos sesiones de cine, en los que existen las mismas condiciones que para el ingreso a una sala corriente: pago de entrada, boletos de sitio, etc. Hay dos bailes a la semana, los cuales tienen lugar en el gran hall recreacional del hospital.

Otra actitud que se tiende a fomentar en los pacientes es el que éstos concurran al club para pacientes externos, poco antes de ser dados de alta en el hospital, pues de esta manera adquirirá el hábito de concurrir a sus reuniones y el hospital se mantendrá por un período prudencial en contacto con el paciente dado de alta. Este contacto, se continúa a través de la asistenta social y de su concurrencia a la consulta externa. Junto a estos grupos están los llamados grupos de discusión, los que frecuentemente están asociados a los grupos de trabajo. Todos los pabellones tienen sesiones semanales con el médico respectivo, a las que asisten también las enfermeras y en los cuales se discuten problemas corrientes del pabellón dentro de una atmósfera de gran sencillez y carente de todo formalismo. Dentro de éstos grupos los pacientes aprenden a desarrollar gran espíritu de cooperación y de lealtad para con el grupo mismo, en primer lugar: para con el pabellón, luego, y finalmente para con el hospital psiquiátrico, concebido como una comunidad de aspiraciones e ideales similares. Estas reuniones de los grupos de discu-

sión tienen por finalidad, en los pabellones, disipar tensiones, y a promover un mayor entendimiento que incremente los lazos entre los diferentes grupos, constituyendo de este modo la comunidad el pabellón. Las enfermeras de acuerdo a las tendencias psiquiátricas del hospital inglés son consideradas como parte esencial del equipo terapéutico. Ellas están mucho más en contacto con el paciente que el médico y es importante que al igual que el enfermo aprenda a considerar a su médico como a un amigo comprensivo y útil; aquel mira a las enfermeras como seres capaces y deseosas de ayudarlo en su camino a la recuperación y no como carceleras. De otro lado, las enfermeras en los grupos de discusión, aprenden más sobre la vida de los pacientes, sobre las motivaciones subyacentes a su conducta abierta, logrando éllas mismas cierto "insight" de su propia psicología consiguiendo así desarrollar una conducta más tolerante frente a las debilidades humanas, sin solicitar después de cada expresión de "mala conducta" del paciente, que éste sea trasladado a un pabellón cerrado.

Las tendencias doctrinarias de la psiquiatría administrativa inglesa considera muy importante que el médico incorpore como miembros del equipo terapéutico al personal administrativo del hospital o al que está a cargo del trabajo de los pacientes, y discuta con estas personas cada cierto tiempo los problemas del enfermo. Uno de los problemas por ejemplo, que más interesa a los pacientes es la comida, siendo la cocinera para éllos, frecuentemente una persona más importante aún que el médico. Las quejas sobre las comidas son muy comunes en todos los hospitales psiquiátricos del mundo; por supuesto que al quejarse sobre la comida a veces están realmente criticando otra cosa. Por esta razón es que muchos hospitales han encontrado que era conveniente que cada pabellón nombrara a un delegado para que asista a las asambleas de enfermos sobre comida, asamblea que se realiza regularmente bajo la dirección del encargado del aprovisionamiento, para discutir con él sus quejas sobre la comida y hacer sugerencias de cómo mejorarlas. De esta manera, se piensa, el personal administrativo contribuye también a vigorizar la moral y a promover los sentimientos de comunidad.

Cada médico en el hospital tiene a su cargo grupos de pacientes ya sea en los hospitalizados, ya sea en los pacientes externos. Algunos grupos son mixtos, otros solo están conformados por un solo sexo. Algunos médicos utilizan los dibujos de los pacientes como base para las discusiones. Diferentes técnicas de entrevistas con los grupos son aplicadas, dependiendo la elección de éstas tanto del tipo del paciente como de las indicaciones del terapeuta. Entre la gran variedad de técnicas que hemos visto utilizar podriamos citar: lecturas didácticas, técnicas directivas, grupos sin dirección, algunas técnicas estimuladoras represoras, así como otras analíticamente orientadas. Vistas éstas técnicas en conjunto y la finalidad que los psiquiatras persiguen, puede decirse que lo esencial en todas éllas no es proveer a los pacientes de respuestas pre-fabricadas a sus problemas sino de estimularlos a encontrar por sí mismo su camino hacia el conocimiento de la naturaleza de sus problemas y su solución, y del hecho que un alto grado de las mejorías que se obtengan

habrán dependido de sus propios esfuerzos. La base de esta tarea para su propia participación activa les son dadas al paciente después de su admisión en el primer grupo que asisten y en el que se encuentran con el Superintendente, el Jefe del Pabellón, el Administrador, la Jefa de Enfermeras y el secretario. Fui invitado a una reunión en Warligham Park y pude apreciar el espíritu que reina en ellas. Primero se pasa una película que describe problemas emocionales comunes, siendo después los pacientes invitados a comunicar sus primeras ideas e impresiones sobre el hospital. En este primer contacto entre personal técnico-administrativo y los pacientes se procura introducir en éstos el espíritu y los principios de la Institución, estimulándose una actitud de crítica amistosa y constructiva. Pude apreciar con cuanta atención y respeto se escucha las sugerencias de los pacientes y cuando éllas son factibles de realizar se ponen en ejecución de inmediato. Es interesante observar que existe en todos los enfermos mentales de cualquier hospital del mundo la impresión muy arraigada de que el hospital es como una prisión, pero esta primera idea se disipa de inmediato en instituciones como éstas y los pacientes se incorporan rápidamente a la atmósfera cordial del hospital.

Una de las innovaciones más interesantes que se han establecido en muchos hospitales son los centros de admisión o unidades de neurosis. En éstos pabellones los enfermos no tienen que firmar ningún documento, ni están sujetos a supervisión judicial. Cada paciente goza de plena libertad de acción y viven en pequeñas unidades de veinte a treinta camas, en las que éllos son los que manejan todo lo concerniente a la vida del pabellón y tienen enfermeras a su cuidado, las que están en contacto muy estrecho con ellos. La terapia ocupacional es muy intensa, así como los programas de recreación y cuando menos hay una sesión diaria de psicoterapia de grupo dirigida por uno de los médicos de la unidad. Fuera de éstas reuniones existen otras que se efectúan sin la presencia de médicos y enfermeras, y en las que se ponen de manifiesto fuertes sentimientos colectivos. Un aspecto interesante de éstas reuniones creemos que es la lectura psicodramatizada de la vida de un paciente, seguida de discusión. Los pacientes asisten semanalmente al club de pacientes externos, formados exclusivamente por ex-pacientes, y son intensamente estimulados a seguir concurriendo después de su egreso.

Estas actitudes del hospital demuestran que el tratamiento interno es frecuentemente solo una parte preliminar de un problema integral que incluye, al egresar, controles, psicoterapia individual y de grupo, etc., teniendo éstos elementos de tratamiento una importancia igual a los recibidos durante la hospitalización.

Los alcohólicos forman un grupo especial dentro del hospital. Los enfermos varones viven y trabajan juntos en una misma unidad y comparten las mismas facilidades recreativas. El tratamiento, si bien incluye todos los métodos quimioterápicos en uso, está principalmente basado en discusiones diarias, en grupos o individualmente de sus problemas, incluyendo una estrecha colaboración con los alcohólicos anónimos. En el hospital se efectúa una reunión semanal de esta institución, a las que se invita ocasionalmente a al-

gunos parientes o amigos de los enfermos. Los pacientes, a su vez, concurren tres o cuatro veces por semana a reuniones de A. A. en las localidades vecinas. Una vez dados de alta los pacientes son inducidos a concurrir a éstas reuniones y a mantenerse en contacto con los servicios internos y externos del hospital.

Básicamente la atmósfera de un hospital psiquiátrico inglés puede decirse que se caracteriza por su libertad, organización de los pacientes en grupos y el énfasis creciente de la terapia ocupacional y recreación bien estructurada, la cual permite una integración positiva del paciente y la aceptación de su tratamiento. Como los tratamientos físicos ocupan un espacio de tiempo muy reducido es por eso que lo que ocurre entre éllos y el resto de su tiempo tiene tanta importancia.

Todo tipo de tratamiento físico o quimioterápico moderno es efectuado en los hospitales psiquiátricos ingleses, siendo el E. S. el que mayores adeptos tiene. Este tratamiento, merced a las sustancias químicas que se usan para evitar los riesgos inherentes a su aplicación, ha permitido su uso a grupos cada vez mayores, especialmente a los muy ancianos. Los tratamientos externos de cualquier agente físico o quimioterápico se practican en larga escala, especialmente en las unidades denominadas hospitales de día.

En lo que concierne al enfoque psicológico se puede observar de que los hospitales no tienen una orientación determinada y dentro de un equipo se encuentran partidarios de todas las formas posibles de psicoterapia. En general puede decirse que debido a la escasez de personal y al número grande de pacientes, la característica es una forma ecléctica de psicoterapia breve. Sólo es posible análisis profundos en número muy limitado de pacientes, es esta quizás una de las razones por la que la psicoterapia de grupo es un método tan empleado en la Gran Bretaña. La psicoterapia de grupo posee un enfoque psicológico peculiar que no posee la psicoterapia individual. Estas características podría decirse que están centradas en una situación menos artificial y en una atmósfera más parecida a la vida. En psicoterapia de grupo, como dice T. P. REES, "el paciente puede ser observado en una situación social, pudiendo elaborarse en especial los problemas sociales en su propia salsa".

En los hospitales las reuniones del personal se hacen en la primera hora de cada mañana presidida por el médico superintendente y en la que participan todos los médicos y la Jefa de enfermeras con el fin de discutir los problemas de la actividad diaria del hospital. Los médicos se reunen bisemanalmente para discutir los casos nuevos. Una vez al mes hay una reunión para examinar los casos de aquellos pacientes que fueron admitidos al hospital en años anteriores durante el mismo mes y que aún permanecen en él.

En la organización administrativa del hospital un paciente es frecuentemente tratado por diferentes médicos, ya sea en las unidades de tratamiento físico, en los grupos de psicoterapia, en las unidades de terapia ocupacional, lo cual asegura el hecho de que el conocimiento que se obtiene del paciente es usado para mayor ventaja para éste. Se tiene el criterio de que cada enfermo debe ser bien conocido por lo menos por un médico, al que llegará a

ver como a un amigo personal y en quien pueda tener la más absoluta confianza. Es interesante consignar el hecho de que un mismo médico puede por ejemplo, tratar al paciente en el hospital y ver a su hijo en la clínica de conducta y mediante esto logrará una visión de problemas de la salud mental en la familia.

Uno de los elementos que encierra mayor importancia dentro de la actividad psiquiátrica en Inglaterra es la organización de los servicios de terapia ocupacional. Tanto los hospitales psiquiátricos, como los hospitales de día, o también llamados hospitales sin camas, mantienen centros organizados de terapia ocupacional tanto dentro como fuera del hospital. Los centros de trabajo hospitalario están afiliados en cierta forma a los sindicatos obreros y los pacientes reciben un determinado salario semanal lo que les permite poder adquirir con este dinero artículos de primera necesidad. El hospital psiquiátrico, no limita, pues, su trabajo al area donde este se encuentra sino que proyecta su organización a centros fabriles o industriales en los que los pacientes mentales son admitidos en un determinado nivel del engranaje, y colocados dentro del medio sòcial y en igual situación que los obreros calificados.

En muchos hospitales mantienen estrecho contacto con las fábricas lo que permite que éstas envíen a los centros de terapia ocupacional del hospital psiquiátrico el trabajo final de algunas de sus industrias. Tuve oportunidad de observar en uno de los hospitales, Bantead, que todo el servicio de terapia ocupacional en determinado momento, sección mujeres, estaba trabajando para una fábrica de servilletas de papel. El trabajo consistía en doblar cada una de las unidades para ponerlas en sus cajas especiales. Los hospitales psiquiátricos, vecinos a fábricas, envían a muchos de sus pacientes a trabajar en éllas bajo la supervigilancia de un médico.

Estos elementos fundamentales de la organización de un hospital psiquiátrico se realiza tanto en aquéllos centros de internamiento como en los hospitales llamados de día o sin camas. La libertad, la organización bien integrada de la vida social, así como el trabajo orientado permiten al paciente vida social diaria. Los psiquiatras ingleses están demostrando dentro de la vida social diaria. Los psiquiátras ingleses están demostrando dentro de la doctrina que practican que tienen de la especialidad y del hospital psiquiátrico un concepto eminentemente comunitario que busca para el paciente vías de reestructuración reales y no la artificiosa actitud del antiguo asilo o manicomio en que el paciente era segregado del medio ambiente y vista sola la enfermedad mental; contemplándolo, por lo tanto, como un ser aparte y peligroso para la comunicación social.

Hoy el hospital psiquiátrico es un lugar alegre lleno de esperanza, en que el enfermo es tratado con toda dignidad y respeto. En las tendencias actuales de la psiquiatría internacional, la psiquiatría inglesa tendrá siempre un lugar destacado porque ha convertido los centros de prevención y asistencia en puntos nucleares no solo para la psiquiatría social sino para la salud pública.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA TECNICA PSICOTERAPEUTICA CON ESQUIZOFRENICOS. A PROPOSITO DE UN CASO

Por Oscar Valdivia Ponce *

El concepto de esquizofrenia

Antes de referirme al tan complicado aspecto de la técnica en psicoterapia con esquizofrénicos, creo necesario, previa y brevemente, tratar de limitar el difuso y oscuro concepto de esquizofrenia. Si bien esta enfermedad fue reconocida a través del pasado histórico de la Psiquiatría, los esfuerzos científicos por describirla y delimitarla tienen su primera representación en los trabajos de Esquirol, Morel, Kahlbaum y Hecker. Ellos propician la cristalización del concepto de Demencia Precoz en el sistema de Kraepelin. Bleuler, descontento con el concepto de Demencia Precoz, lo analiza, critica y discute y, prefiriendo el término de esquizofrenia, designa como tal a "un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, marcado por ataques intermitentes el cual puede detenerse o retrogradar en cualquier estado, pero no permite completa restitución *ad integrum*. La enfermedad es caracterizada por un tipo específico de alteración del pensamiento, sentimiento y de relación con el mundo externo, lo cual no aparece en esta forma en ninguna otra enfermedad" (1). A pesar del desacuerdo de Bleuler con respecto al concepto de Kraepelin estuvo de acuerdo con él en la básica, aunque desconocida, naturaleza orgánica del desorden. Bleuler, con su planteamiento, creyó haber resuelto el concepto de tan complicada enfermedad, pero hoy bien sabemos qué insatisfactoria es su definición. Meyer (16), antes que Bleuler, protestó por el concepto Kraepeliniano de Demencia Precoz y, con un enfoque dinámico, sostuvo que la Demencia Precoz no es una enfermedad autónoma, sino un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de las dificultades progresivas de adaptación. Debido a la cercana identificación entre los términos de Demencia Precoz y Esquizofrenia, Meyer prefirió la denominación de "Parergasia".

En un intento de penetración en la dinámica de esta enfermedad se han delineado posteriormente una serie de conceptos psicológicos muy interesantes. Siguiendo a Redlich (18) se pueden dividir estos conceptos en: descripciones fenomenológicas y "proposiciones" psicogénicas. Indudablemente, como

* Servicio de Psiquiatría, Hospital Obrero, Lima.

REDLICH afirma, la mayoría de las "proposiciones" psicogénicas, incluyendo muchas formulaciones geneto-dinámicas, pertenecen al primer grupo y son falsamente revestidas como "proposiciones" etiológicas. Un buen número de las "proposiciones" psicogénicas tiene su origen en el trabajo fundamental de BLEULER y en la discusión ingeniosa de FREUD del caso de SCHREBER.

Muchos son, pues, los enfoques psicodinámicos o psicoanalíticos que se han planteado sobre la esquizofrenia, y van desde aquellos que ven en la enfermedad una neurósis descompensada, hasta los que, más específicamente asumen, genéticamente, la existencia de un trauma de tipo infantil en una etapa temprana (oral-sadista) de la evolución psicosexual del individuo. La piedra fundamental en las penetraciones psicoanalíticas en esquizofrenia está en la descripción que FREUD (10) hace de las tres fases de la enfermedad que pueden ser llamadas de retiradas, de elaboración interna y de restitución. FENICHEL (8), al referirse al enfoque Freudiano de la enfermedad, dice: "FREUD tuvo éxito en comprender los mecanismos esquizofrénicos en consonancia con su teoría de la formación del síntoma neurótico, agrupando todo fenómeno alrededor del concepto básico de regresión. Con tal agrupamiento no se hizo ningún juicio sobre si el origen de la regresión era somático o psíquico". Los psicoanalistas ven en la esquizofrenia una regresión del YO, que rompe contacto con la realidad. El YO retira su catexis del mundo externo y la introyecta, replegándose así, hacia un estado narcisista primario. La ruptura del YO y sus manifestaciones sintomáticas son expresión de regresión. Otras manifestaciones sintomáticas indican intentos de restitución. PAUL FEDERN (6), uno de los que más ha profundizado en el estudio de la esquizofrenia, encuentra cuatro manifestaciones características de esta enfermedad; 1.—Creación de una realidad falsa. 2.—Regresión hacia estados tempranos del desarrollo del YO. 3.—Falta de habilidad para el pensamiento abstracto y 4.—Aparición de la catexis del YO; los bordes del Ego no pueden por más tiempo mantener la extensión normal de su catexis.

Resumiendo se puede decir que a través de esta serie de conceptos, resulta muy difícil de limitar categóricamente el fenómeno esquizofrénico y es preciso admitir que a pesar del optimismo y de los grandes esfuerzos por determinar la esencia de este fenómeno, todavía estos esfuerzos son puramente tentativas. Sin embargo creemos conveniente, que para entendernos e indicar nuestra posesión, expresar que aceptamos como esquizofrenia a una reacción psicobiológica, del organismo humano, en la cual se pone de manifiesto una serie de defensas entre las que se destacan los llamados síntomas fundamentales de BLEULER.

La psicoterapia en la esquizofrenia

Como siempre hay relación entre el concepto de una enfermedad y su tratamiento, la psicoterapia psicoanalítica en esquizofrénicos tuvo que llegar tarde como arma terapéutica importante. Esta rémora se debió a que la psiquiatría clásica estuvo más interesada en la descripción fenomenológica de la

enfermedad que en el enfermo mismo y a que las viejas concepciones del psicoanálisis establecían que, en el envolvimiento infantil del esquizofrénico, era imposible al psiquiatra establecer una relación transferencial. La psicoterapia analítica penetró en el campo de esta enfermedad, según FEDERN (7), debido a que, en un comienzo, los pacientes psicóticos eran psicoanalizados por error diagnóstico y al uso del análisis como investigación en psicóticos. BLEULER fue el primero en decir, agrega FEDERN, que BURGHOLZLE pudo descargar tres veces más enfermos desde que todos los médicos habían comenzado a tratar enfermos en bases más profundas de la comprensión freudiana. Como decíamos anteriormente, el diagnóstico erróneo llevó a muchos psicoanalistas a enfrentarse con la esquizofrenía. Algunos desistieron de continuar el tratamiento, mientras que otros, rompiendo viejas concepciones, se atrevieron a modificar las técnicas analíticas y pudieron penetrar en ese mundo desconocido. FERENCZI y FEDERN fueron los primeros en romper con la tradición y, abriendo nuevos caminos, crearon sus propias técnicas. Ellos fueron seguidos más tarde por una pléyade de psicoterapeutas. Hoy ya una larga experiencia ha madurado nuestras concepciones y perfeccionado nuestros procedimientos favorablemente.

Actualmente hay una variedad de técnicas psicoterapéuticas pero, quizás, muchas de ellas reflejan una similitud. Las desarrolladas por FERENCZI, FEDERN, EISSLER, FROMN, REICHMANN, KNIGHT, SCHWING y Madame SECHEHAYE y los eternos métodos del sentido común, amor y paciencia tienen un evidente parentezco. Las técnicas, indudablemente, varían con la actitud del psicoterapeuta y en este sentido tenemos las que van desde la máxima actitud pasiva hasta aquellas que activamente manipulan al paciente. Hay técnicas que preconizan el máximo soporte emocional; en cambio, otras como las propuestas por MEYERSON (17) quien en su "total push" llega al extremo de lamentarse que la sociedad no haya evolucionado lo suficiente para permitir el uso del castigo en el tratamiento de los esquizofrénicos. Otras técnicas fluctúan, desde el acercamiento directo e interpretativo del Ello, de ROSEN, hasta aquellas que manipulan frecuentemente el hogar del enfermo, sin ver a éste por largos períodos de tiempo (FEDERN). No obstante la aparente diversidad de los procedimientos, todos ellos llevan el profundo y sincero sentimiento humano de curar y de aquí que todos pregonen sus éxitos. La larga experiencia y los resultados finales permiten establecer que, hoy por hoy, la psicoterapia científica, cargada del sincero deseo de curar, tendrá siempre lugar indispensable en la rehabilitación del esquizofrénico.

Un caso clínico.

Para analizar un poco mejor el intrincado problema de la técnica psicoterápica en esquizofrénicos, es mi intención presentar a vuestra consideración el enfoque psicoterapéutico en un joven esquizofrénico de 23 años de edad, que llega a nuestro Consultorio movido por la angustia que le produce un conflicto homosexual. Sus primeras manifestaciones sintomáticas se hacen evi-

dentes, en menor intensidad, en su niñez. La entrada a la adolescencia exacerba su conflicto, se acentúa su dificultad de relación interpersonal y, en una apatía marcada, empieza a aislarse del mundo. Por espacio de un año antes de llegar a nuestro consultorio sus síntomas esquizofrénicos fundamentales se enriquecen con una serie de accesorios (alucinaciones, ideas de referencia, de omnipotencia, etc.). Por momentos se apodera de él la convicción de que es homosexual, que la gente lo sabe porque él, en sus acciones y caminar, asemeja una mujer. Lo molestan sensaciones placenteras en el ano y escucha, episódicamente, voces que lo tildan de homosexual. Con toda esta gama de síntomas fue sumiéndose paulatinamente en un aislamiento y, con ello, retirando su catexis del mundo y de sus objetos transferenciales. La sociedad le resulta pueril y tonta: se refugia en los libros de filosofía, libros de conceptos esotéricos y en fantasías que satisfacen su omnipotencia y narcisismo.

El paciente viene de un hogar donde el padre, un individuo pasivo y dependiente, ha perdido su autoridad y donde la madre es una mujer fuertemente narcisita, perversa, hostil, agresiva, posesiva y dominante. Ella presenta las características de la madre del esquizofrénico descrita por ROSEN (19). Su actitud hacia el paciente fue siempre de hostilidad inconsciente. Lo rechazó desde niño a la vez que sus deseos sadistas trataban de incorporarlo.

Aunque la designación diagnóstica no tiene, en este caso, mucha importancia, es necesario para dejar entendernos establecer un diagnóstico. El paciente en un comienzo nos impresionó como un esquizofrénico ambulatorio. Esta dominación se refiere a un individuo, quien de alguna manera, mantiene un nivel aceptable de adaptación en la sociedad, pero que, íntimamente, se encuentra desorganizado a tal grado que se justifica el uso del término de esquizofrénico (FISHER), (9) ZILBOORG (22) sugiere el término de esquizofré frénico ambulatorio para un individuo que es capaz, la mayor parte del tiempo, de esconder su patología del público en general. Nuestro caso, como FENICHEL ha observado en el esquizofrénico ambulatorio, aparece normal debido a que ha tenido cierto éxito en substituir pseudo contactos con las gentes por un sentimiento real. Un estudio posterior más meditado del caso, y esto a través del tratamiento nos mostró el tipo de defensas paranoides y nos permitió clasificarlo como un esquizofrénico paranoide.

Considerado el enfermo, al comienzo, un esquizofrénico ambulatorio planteamos su tratamiento, siguiendo las indicaciones de JACKSON (13) y KNIGHT (14, 15) para estos casos. Decidido el tratamiento de psicoterapia se trató de crear previamente una estructura en la que el proceso psicoterapéutico debería desenvolverse. No creemos en estructuras demasiado rígidas que coartan ciertas necesidades del paciente, ni en las demasiado laxas que pueden conducir a una anarquía. Nuestra estructura fue determinada teniendo en consideración las demandas y necesidades terapéuticas. Se estableció una estructura de atención en consultorio externo, situación cara a cara y se determinaron dos horas semanales, las que podrían extenderse en tiempo y frecuencia según la angustia y las necesidades de apoyo del YO. Nuestro plan psicoterapéutico no fue estructurado a priori siguiendo una determinada orientación. Fue esencialmen-

te dinámico y ecléctico, obedeciendo a las necesidades terapéuticas inmediatas y mediatas del paciente. El proceso psicoterapéutico se desarrolló en 80 sesiones y a través de un tiempo de 12 meses.

Las etapas del tratamiento.

Como es mi intención hacer algunos comentarios sobre la técnica empleada en este caso, creo conveniente describir a grandes rasgos el desenvolvimiento del proceso psicoterapéutico poniendo en relieve algunos detalles más conspicuos de las entrevistas. El proceso se desenvolvió siguiendo las tres etapas clásicas de un tratamiento de psicoterapia analítica.

En la primera etapa, o la de establecer contacto, se trató, como BRODY (2) dice, de constituir el primer puente entre el paciente y la realidad. Siendo el enfermo un esquizofrénico que está sufriendo el estrago de una desorganización del YO se tuvo que asumir una actitud de apoyo emocional. Esta fue sincera y progresiva, sin que ello indicara demasiado acercamiento que agravase el conflicto homosexual. Desde el primer contacto fue comprendido que el enfermo tenía miedo de todo acercamiento emocional por que indudablemente se ponía en peligro revivir su traumatismo del pasado y, al revivir el trauma, como FROMM REICHMANN hace notar, tenía miedo de expresar sus sentimientos terriblemente hostiles y destructivos hacia la persona que se acercase a él. Planteado el puente entre el mundo y el paciente se intentó ser, en casi todo momento, el representante de la realidad y, para ello, nos dirigimos a la parte sana del Ego. Al representar la realidad procuramos hacerlo, no de una realidad hostil, que fue la que traumatizó al paciente, sino de una realidad benévola y comprensiva. Desde un comienzo la meta fue buscar una relación emocional positiva, a toda costa, aunque para ello fue preciso usar una serie de maniobras que, indudablemente, fueron espontáneas de parte del psicoterapeuta. Nuestra actitud en sus primeras verbalizaciones fue algo dramática. Se le mostró una atención marcada, siguiendo su conversación con inusitado interés. Le dimos la impresión que lo escuchábamos y lo entendíamos. Indudablemente, es difícil decir en qué forma lo escuchábamos, puesto que, como EISSLER (4) dice: "Es difícil describir la fenomenología de escuchar, desde que esta función es pasiva, pero no hay duda que hay buenos y malos "escuchadores" aunque los dos puedan aparecer idénticos en términos de su conducta externa. Estoy convencido que entre paciente y médico hay una transmisión que no se ve, pero se siente inconscientemente y que nos da la convicción de ser escuchado y comprendido. Esto realmente se reflejó en el paciente por ese manifestarse en su catarsis. Uno de los recursos importantes, en nuestras armas de comunicación, lo hemos encontrado en la influencia del tono de la voz. La voz, con la postura frente al enfermo, fueron nuestros poderosos instrumentos de penetración. Cuando, venciendo todos los controles conscientes, se dramatizaba, poniendo gran fuerza emocional, nuestra voz se cargaba de un tono empático que revelaba sinceridad y deseos de ayudar, y entonces pudimos comprobar cómo el paciente respondía mucho mejor. Seguimos los consejos de ABRAHAM y FEDERN al tratar de establecer y mantener una transferencia

decir expresarle la acción de escuchar a través de los oídos, vista, expresión facial y postura. Como él evitara mirar directamente a su interlocutor, éste era consecuente y trataba también de no mirarlo fijamente, con la mirada escrutadora de quien examina. Cuando él lanzaba una mirada explotadora hacia su psicoterapeuta éste bajaba la vista al suelo y le permitía que lo examinara y se hiciera familiar con su imagen corporal. Las verbalizaciones del psicoterapeuta encerraban dramatización y estaban cargadas de afecto, que se expresaba en las palabras y en el tono de la voz. Toda comunicación, en un comienzo, fue dirigida a la parte intacta del YO. A pesar de las resistencias del paciente y de su actitud de estudio, su arquitectura fue resquebrajándose y, poco a poco, soltándose emocionalmente y con ello vino la catarsis y la hostilidad disfrazada de crítica a la sociedad, desde luego, con fines de tanteo al psicoterapeuta. Así liberaba su hostilidad; pero cuando ésta se hacía consciente le producía angustia y la reprimía. Cuando expresaba el criticismo a los desmanes sociales el psicoterapeuta, en tono de simpatía y alentándolo, también lanzaba duras filípicas contra los mismos. Esto lo hizo sentirse más laxo y comprendido, y así continuó expresando su gran dificultad de interrelación personal. Estaba, pues, en términos de WHITEHORN (21), luchando por su "independencia", contra la influencia del mundo social. El enfermo, en su comunicación verbal, expresaba también su tremenda soledad y, al retirarse del mundo, ufanándose de ello, racionalizaba. La actitud de crítica al mundo fué una magnífica maniobra psicoterapéutica y permitió al enfermo aumentar su catarsis. A partir de la sexta sesión fue disminuyendo esa atmósfera de no acercamiento y empezó a manifestar sus secretos. Así, reveló la historia de su relación amorosa con una mujer de 45 años. Esta mujer había constituído para él lo que WHITAKER y MALONE (20) llaman "el psicoterapeuta social". El enfermo había desarrollado una fijación patológica hacia esta mujer. A ella le comunicaba sus decisiones, aspiraciones, algunos de sus conflictos y le hacía también partícipe del resultado de nuestras entrevistas. Muchas sesiones tomó el paciente para referirse a ella, quien lo escuchaba, lo hacía sentirse grande, inteligente, sabio, etc. Fué la madre buena que gratificó su narcicismo. Esta fijación a la "psicoterapeuta social", fue una barrera muy dura de vencer. Se le estimuló a que hablara y analizara esta relación lo que dió luces sobre los recursos que la psicoterapeuta social usaba y ésto sirvió al psicoterapeuta para usar mecanismos semejantes que permitieron establecer una relación transferencial positiva. Parece que el aspecto de omnipotencia del psicoterapeuta logró cautivarlo y, así, pudo empezar un proceso de identificación, internalizando la imagen de éste. A medida que se ganó terreno en la transferencia positiva el enfermo continuó narrando sus secretos, y, con ello, vino el secreto de sus síntomas psicóticos. Expresó que la gente se refería a él como a un homosexual, que experimentaba sensaciones placenteras en el ano y que le parecía ser una mujer. Al mismo tiempo que la transferencia se profundizaba se registró cierta regresión en sus actitudes; todas sus producciones verbales se referían a su infancia y a las dificultades con su madre. Su actitud infantil reveló gran dependencia y temor a perderla y así nacieron sus deseos

por aumentar las entrevistas y su presencia en el consultorio empezó a hacerla con 30 o 40 minutos de anticipación. En este tramo del proceso psicoterapéutico se trató de fortificar el Ego a través de la transferencia positiva y estimulando la identificación con el psicoterapeuta. A medida que la transferencia adquiría caracteres definidos, su relación con su amante (psicoterapeuta social), iba perdiendo su consistencia. Su actitud se iba tornando ambivalente y empezó a proyectar las imágenes parentales y con ello marcada hostilidad hacia el terapeuta. Así cuando en un comienzo no se atrevía a mirarlo, posteriormente sus miradas eran desafiantes y cargadas de hostilidad. Siendo necesario que expresase su agresividad contenida, haciéndole consciente de ello, se usó como recurso terapéutico, la asociación libre. Se sabía que la asociación libre está contraindicada en los casos de esquizofrenia ambulatoria (KNIGHT), por que ello lleva a mayor regresión y autismo, pero se pensó que estos fenómenos pueden suceder en el psicoanálisis clásico en que el paciente no ve al psicoterapeuta, pero no en la situación cara a cara. A través de la asociación, libre el paciente empezó a descargar su hostilidad. Un ejemplo de las expresiones agresivas dirigidas hacia el psicoterapeuta, fue cuando se permitió decirle: "Tú eres una serpiente y a una serpiente debe contársele la cabeza con un hacha". "Desgraciado, patearía la mesa y a tí también". Varias fueron las entrevistas en que una agresión tremenda y criminal, llena de odio, se dejó sentir ante la tranquilidad pasiva del psicoterapeuta. Era evidente que se estaba en un plano peligroso y contraviniendo las reglas de muchos psicoterapeutas (FROMM REICHMANN, 11). El terapeuta confió en su omnipotencia, en la seguridad de que el paciente no se atrevería a un ataque personal y en que, frente a cualquier instancia, manejaría la situación. El plan fué dejarlo expresar lo que no pudo en su infancia ni a través de su vida. En un comienzo, cuando la hostilidad se exacerbaba demasiado, con una actitud de tranquilidad, se le preguntaba por las razones de dicha hostilidad. Esto le producía angustia que se somatizaba en risa incontrolada. En un estado posterior, cuando se consideró el tiempo adecuado para la interpretación, se procedió a hacerla. Frente a la expresión agresiva y amenazante de "Imbécil te patearía hasta destruirte", el psicoterapeuta, interpretando dicha agresividad, dijo: "Así es como hubieras querido patear a tu madre". Esto, indudablemente, le produjo gran angustia, pero lo llevó a translaborar sus sentimientos hostiles. Al translaborar parte de su hostilidad empezó a probar a su psicoterapeuta y a desafiarlo en el campo intelectual. Entonces fué cuando vino a las entrevistas portando libros de filosofía y de literatura. En una sesión, el terapeuta le permitió que exteriorizara sus conocimientos y él lo hizo con fogosidad y gozo. Al terminar su larga disertación el psicoterapeuta interpretó su actitud. Esto fue, indudablemente un tremendo golpe a la omnipotencia del paciente, precipitando en él una reacción de silencio con cierta depresión. Entonces el psicoterapeuta lo levantó de este estado con amabilidad demostrándole simpatía. A este nivel del proceso psicoterapéutico se revive en el enfermo su conflicto edípico y ello se representa tanto en su actitud como en sus fantasías y sueños. Al respecto, durante una entrevista nos narra un sueño en el que se ve teniendo relaciones

sexuales con su madre y nos confiesa el hecho de que en algunas oportunidades, cuando ve a su madre dormida, asoman a su mente ideas fugaces de poseerla sexualmente. A este nivel sus sentimientos edípicos están en la superficie invadiendo la conciencia y no le queda otra solución que la de comprender sus mecanismos.

Mientras se suscitan las angustias de la transferencia su conflicto se agrava. Habla de que siente una fuerza interior que lo impulsa a entregarse a los hombres. Al caminar por las calles las gentes hablan de que mueve las caderas como mujer, de que todos sus movimientos son femeninos e insinuantes. Cuando mira a los hombres siente hacerlo "con un algo en sus ojos" y boca insinuantes que representa a una mujer prostituta. Al hacer estas confesiones se angustia terriblemente, teme que el médico lo rechace y le sugiera la homosexualidad como su solución. La confesión de todo este material lo angustia terriblemente a tal extremo que en la noche siguiente a la entrevista entra en una crisis de angustia en la que llora, e infantilmente grita: "Mamacita, mamacita, mamacita... "En la sesión siguiente, al referirnos esta crisis, habla de su madre, expresa que ella es hostil, tremendamente narcisista y que pospone las necesidades primarias de sus hijos por sus propias necesidades triviales. Se le estimula a que continúe expresando sus quejas. Mientras habla y critica a su madre pasa, sin darse cuenta pasa a hablar de su amante y de las cualidades de esta mujer. Cuenta la manera cómo ella lo escucha, lo respeta y lo hace sentirse grande. Se le hace presente el hecho de que primero critica a su madre para finalizar ensalzando a su amante. Entonces recien llega a comprender cómo esta mujer representa para él la madre buena. En sesiones posteriores continúa relacionándose con el psicoterapeuta en un nivel simbólico-infantil. Continúa en su actitud embivalente hacia el terapeuta, mostrando, desde luego, hostilidad pero siendo más consciente de ella. Tiene temor que, por su hostilidad misma, el terapeuta lo abandone, llegando a decirle en una oportunidad: "Doctor, me preocupa que Ud. se canse de mis quejas como mi madre". Mientras prosigue en este estado transferencial su conflicto homosexual y edípico se recrudece y sus síntomas se agravan a tal extremo que tiene que dejar de trabajar por algunos dias. En varias oportunidades empieza expresando sentimientos hostiles contra su madre y termina amenazando al psicoterapeuta. Este, frente a una situación tal, dramatizando una actitud benevolente y tratándolo como a un niño le interpreta su actitud. Esta interpretación del terapeuta lo angustió, pero después reacciona con calma y serenidad para volver a referirse a su madre y narrar un pasaje, en el que, una vez, cuando era niño, su madre le estaba exigiendo tomar la sopa. El se resistía, y, reaccionando con violencia, coge unas tijeras y atacándola, le produjo una herida en la mano. Este hecho dice, le produjo miedo, y, reaccionando con un sentimiento de culpa, empezó a gritar: "Mamacita, mamacita, mamacita". Aquí, asociativamente, dice: "Recuerdo ahora que en las crisis que me dan grito en la misma forma y lloro con la misma desesperación como en aquella vez en que agredí a mi madre".

A partir de la entrevista número 30 el paciente empieza a darse cuenta del incesto simbólico que representa sus relaciones sexuales con la amante y entonces comienza, no sólo a criticar a su amante, sino a experimentar dificultades al efectuar el coito. Ya no siente placer, sino la sensación de que sus testículos se le disminuyeran. Se le lleva a que busque su propia interpretación hasta llegar a la comprensión de su profundo sentimiento de castración. Luego, asociativamente, trae a su mente el recuerdo de que siempre, de niño, temía que su padre podría castrarlo. Esta profundización en su inconsciente le produce angustia, a la que responde con agresión verbal diciendo: "Lo agarraría a puñetazos". "Hace días que pensaba golpearlo pero no sé que me pasa, llego aquí y me desarmo. Es que siento un amor hacia Ud.". Escuchamos esta confesión con una actitud de tranquilidad, como quien domina la situación y luego se le dice: "Te indigna sentir atracción sexual hacia tu médico". La actitud del terapeuta y su verbalización logran tranquilizarlo. Luego se le estimula a que continúe expresando sus sentimientos homosexuales pero se bloquea, para después narrarnos sueños en los que se ve con órganos sexuales femeninos, teniendo relaciones sexuales con mujeres que tienen pene. Al narrar todo ésto, sus bloqueos son más marcados y sus silencios llenos de angustia. El conflicto homosexual se agrava, se siente una mujer y, a consecuencia de un transtorno digestivo que tuvo en ese entonces, tiene la sensación de estar en gestación. Se regudizan las sensaciones anales placenteras. Continuar en su trabajo le resulta imposible porque frente a los otros empleados siente como una voz interior que le dice: "Entrégate, entrégate, eres una mujer". En su casa siente deseos de entregarse homosexualmente a su padre o bien deseos de establecer relaciones sexuales con su madre. La angustia homosexual es tremenda. Como en un comienzo la silla del médico estuviese situada a cierta distancia del paciente; el terapéuta, deseando que se produzca cierta angustia homosexual, acercando su silla hacia la del paciente, se sienta a su lado y, viendo cómo el paciente reacciona con gran tensión le interpreta su temor homosexual. El enfermo se pone tenso, sudoroso, para luego calmarse.

En la entrevista 39 el enfermo narra el acontecimiento del día anterior y explica cómo, sin darse cuenta, se encontró con una mujer que por primera vez en su vida lo atrajo sexualmente y decidió seguirla. Con esta metáfora estaba diciendo que su actitud estaba cambiando. El terapeuta le pregunta si el acontecimiento fue solo una formación reactiva frente a sus impulsos homosexuales. Esta interpretación trae un silencio largo, el que rompe en una crisis de angustia y agresión, levantándose intempestivamente con una rabia inaudita y abriendo sus manos se lanza a ahorcar al médico. Lo único que el terapeuta alcanzó a decir fue: "Tú no puedes tocarme". Entonces el paciente rompiendo como un niño en sollozos y pidiendo disculpas, terminó diciendo: "No sé que me pasó doctor, sentí un deseo tremendo de entregarme; pero sentí un fuerte deseo de golpearlo". En la entrevista siguiente refiere que se siente angustiado y narra un sueño en que se vé teniendo relación sexual con su amante; pero mientras efectuaba esta relación, la cara de su amante fue transformándose en la de su madre. Se le hace que analice esta representación onírica.

Luego refiere otro sueño en el que ve a su padre muy joven y muy parecido a él. Se discute este material y penetra muy bien en la interpretación, siendo su reacción a la translaboración por primera vez, de más calma y tranquilidad.

Desde la 40 a la 50 entrevista se empieza a operar cambios en la conducta del paciente. Así, comienza a rechazar a su amante, no concurre a sus citas amorosas, aprovechando este tiempo para estudiar en la biblioteca, comienza a aprender inglés y trata de identificarse con su psicoterapeuta. Se operan cambios en el sentido de que empieza a sentir interés por el mundo, ya no ve tan tonta y pueril a la sociedad, se siente preocupado por su apariencia externa, concurre a la entrevistas mejor vestido. Posteriormente se interesa por una prima, descubre que le agrada mucho y trata de establecer relaciones amorosas; pero los familiares de esta joven se oponen. Acepta este rechazo con una actitud que refleja madurez y comprensión. En sesiones subsiguientes sus síntomas empiezan a disolverse, mientras su actitud hacia el psicoterapeuta cambia, su arruga en la frente desaparece, es capaz de sonreír y de mirar de frente. En el mundo social su interrelación personal es mucho mejor, se interesa por las fiestas, aprende a bailar y goza al hacerlo. A partir de la entrevista 65 se reducen éstas a su vez por semana. La mejoría es indudablemente más sólida, piensa cambiar de trabajo, conseguir una ocupación que esté de acuerdo a sus propias inclinaciones. Explota sus cualidades artísticas y participa en radioteatro donde obtiene éxito. Sin embargo, todavía hay momentos de angustia, pero estos son pasajeros. En esta etapa del proceso psicoterapéutico, se le insinúa que analice su enfermedad y la trayectoria del proceso psicoterapéutico y lo llega a hacer con una comprensión admirable. En la entrevista 70 participa su éxito amoroso con una muchacha de 21 años, por la cual es correspondido. Esta interrelación amorosa se profundiza marcadamente y él goza de ello. Explotamos esta nueva fijación de su catexis hacia su objeto amoroso para llevarlo hacia una independencia adulta.

Al terminar el tratamiento toda la sintomatología ha desaparecido y tiene una gran comprensión de sus problemas. Se puede decir, desde el punto de vista adleriano, que nuestro enfermo ha resuelto satisfactoriamente sus tres problemáticas existenciales y se desenvuelve maduramente a través de su vida.

A la fecha han pasado 14 meses de la terminación del tratamiento y el paciente se desenvuelve en la vida como una persona adulta madura y libre de síntomas.

En esta ardua y difícil tarea psicoterapéutica dos han sido los pilares fundamentales; la transferencia en su forma de psicosis de transferencia (5), y la angustia. La angustia del confrontamiento del paciente con su inconsciente y el hecho de estimular este fenómeno constantemente, se puede decir que fue el motor fundamental de la aceleración del proceso psicoterapéutico. De ahí que hayamos visto la angustia permanente que el psicoterapeuta suscitaba en el enfermo. La transferencia y la translaboración de la misma fue un factor decisivo, a tal punto que se puede concluir diciendo que, sin transferencia, no hubiese habido tratamiento y, sin translaboración, cura.

Este breve sumario de un largo, árduo y tortuoso proceso psicoterapéutico es quizás muy incompleto para reflejar el sin fin de situaciones en este fenómeno de la interacción doctor-paciente. Hay indudablemente un sinnúmero de interrogantes y quizás todos los aspectos de la técnica son susceptibles de crítica. Pero tal vez podríamos justificar nuestra posición diciendo que entre psicoterapeuta y paciente siempre hay "un algo". Que es difícil describir; ese "algo" es la comunicación inconsciente médico-enfermo. Esa comunicación fue el mejor índice y nos permitió la posición y actitud terapéuticas justas .

CONCLUSIONES Y RESUMEN

1.—A pesar de los grandes esfuerzos por determinar la esencia del fenómeno esquizofrénico todavía no podemos determinarla.

2.—La psicoterapia en sus diversos métodos y técnicas está dando, hoy por hoy, resultados favorables en la "cura" del paciente esquizofrénico.

3.—En nuestra exposición describimos el tratamiento psicoterápico, de un joven esquizofrénico, desarrollado a través de 80 sesiones durante un año.

4.—Haciendo énfasis en algunos hechos importantes de las entrevistas se describe el desarrollo del proceso psicoterapéutico dentro de una estructura. un tanto elástica.

5.—Respetando los consejos de una serie de psicoterapeutas experimentados nos permitimos introducir algunas modificaciones en la técnica psicoterápica con esquizofrénicos a fin de conseguir la rehabilitación del caso presentado.

BIBLIOGRAFIA

1.—BLEULER, EUGEN: Dementia Precox of The Group of Schizophrenias. International Universities Press, New York, 1952. Pág. 8.

2.—BRODY, EUGEN B.: The Treatment Of Schizophrenia. A review en Psychotherapy with schizophrenics. International Universities Press, New York, 1954.

3.—EISLER, K. R.: Limitations to Psychotherapy of Schizophrenia. Psychiatry 6:381, 1943.

4.—EISSLER, K. R.: Remarks on the Psychoanalysis of Schizophrenia en Psychotherapy with schizophrenics. International Universities Press, New York, 1954. Pág. 137.

5.—EKSTEIN, RUDOLPH: Vicissitudes of the "Internal Imago" in the recovery of a Borderline schizophrenic adolescent. Bull, of the Menninger Clinic. Vol. 19, Nº 3, pág. 91.

6.—FEDERN, PAUL: Mental Hygiene of the Ego in schizophrenia. En Ego Psychology and the Psychosis. Pág. 187. Basic Books Inc. New York, 1952.

7.—FEDERN, PAUL: Psychoanalysis and Psychosis en Ego Psychology and the Psychosis. Pág. 187. Basic Book Inc. New York 1952.

8.—FENICHEL, OTTO: The Psychoanalytic Theory Of Neurosis. Pág. 415-452. W. W. Norton Co. Inc. New York, 1945.

9.—FISHER, SEYMOUR: Some observations suggested by the Rorschach. Test concerning the "ambulatory schizophrenic". Psychiatry Quart. Supl. 29:81-89, 1955.

10.—FREUD, S.: On Narcissism an Introduction (1914). Coll. Papers 1.30. Hogarth Press, London. 1924.

11.—FROMM-REICHMANN, FRIEDA: Some aspects of Psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics; en Psychotherapy with Schizophrenics. Pág. 89-111. International Universities Press, New York, 1954.

12.—FROMM-REICHMANN, FRIEDA: Principles of Intensive Psychotherapy. The University of Chicago Press, 1951.
13.—JACKSON, DON D.: Office treatment of ambulatory schizophrenics. California Med. 81: 263-267, October 1954.
14.—KNIGHT, ROBERT P.: Management and Psychotherapy of the Borderline schizophrenic patient. Bull of the Menninger Clinic. Vol. 17 Nº 4. Pág. 139-156. July 1953.
15.—KNIGHT, ROBERT P.: Borderline states. Bull of the Menninger Clinic. Vol. 17, Nº 1, Pág. 1-12. Jan. 1953.
16.—LIEF, ALFRED: The Common sense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer Mc Graw Hill Book Co. Inc. New York, 1948.
17.—MEYERSON, A.: Theory and Principles of the "Total push" method in Chronic Schzophrenia. Am. J. Psychiatry 95:119-124, 1939.
18.—REDLICH, FREDERICK C.: The Concept if Schizophrenia and its implications in therapy with schizophrenics. Pág. 18-38. International University. Press Inc. New York, 1954.
19.—ROSEN, JOHN: Direct Analysis. Selected Papers. Grune Stratton, New York 1953.
20.—WHITAKER, CARL: and Malone, Thomas: The Roots Of Psychotherapy. Pág. 72-73. The Blakiston Co. 1953.
21.—WHITEHORN, JOHN: Psychodynamic approach of psychosis en Dynamic Psychiatry. Pág. 255-284. The University of Chicago Press, Chicago, 1952.
22.—ZILBOORG, GREGORY: Ambulatory schizophrenics, Psychiatry 4: 149-155, 1941.

ASPIRACIONES, FRACASOS Y LOGROS DE LOS POBLADORES DE UNA AREA URBANA MARGINAL (*)

Por los Drs. HUMBERTO ROTONDO, CARLOS BAMBAREN VIGIL y CARLOS GARCIA PACHECO

Esta investigación tiene como objetivo descubrir el mundo de las aspiraciones, expectativas, fracasos y logros de los pobladores del Barrio de Mendocita. Esta población estudiada mediante diversas técnicas presenta una alta prevalencia de ansiedad, depresión, agresividad y de actitudes francamente inadecuadas para el establecimiento y la mantención de relaciones interpersonales satisfactorias y asegurantes.

Convenía por tanto poner en evidencia aquellas áreas de funcionamiento personal que pudieran representar factores negativos así como las experiencias condicionantes de esas reacciones emocionales.

El área que estudiamos se encuentra en el distrito de La Victoria, al este de Lima. Tiene una población de 4914 habitantes y en ella se hallan 1,016 grupos domésticos de acuerdo al censo efectuado por el Instituto de Etnología de la Universidad Mayor de San Marcos, (Noviembre, 1956). El área dedicada a la habitación es de aproximadamente 145,000 metros cuadrados, de donde resulta una altísima densidad de población. Esta zona carece de agua potable a domicilio, de desagüe y de alumbrado; las calles no están pavimentada. Las condiciones de la vivienda son por demás insalubres habiéndose utilizado en su construcción los elementos más primitivos. Conviene destacar el hecho de que sólo 68 personas son las propietarias de los lotes de este barrio, muchas de ellas no residentes, siendo el resto inquilinos o alojados. Existe además una población marginal de vagos y enfermos mentales que se instalan donde y como pueden dentro del perímetro de esta zona, un tanto apartada del tráfico del distrito.

MATERIAL Y METODO

Estudiamos a 184 sujetos (84 varones y 100 mujeres) adultos, pertenecientes a los diferentes grupos domésticos que conforman la población del barrio, mediante una prueba de frases incompletas. Entresacamos para su

* Investigación del Departamento de Higiene Mental, Jefe Dr. Baltazar Caravedo C.; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima.

análisis un conjunto de 20 frases que podían explorar mejor esas áreas de fracasos, de logros, insatisfacciones, ambiciones, etc. y los resultados obtenidos se relacionaron con algunas variables (sexo, grupo doméstico).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En primer término analizaremos la complementación de la frase 75: "en mi pueblo pensaba que al llegar a Lima..." La respuesta más frecuente, para todos los grupos domésticos, fue referente a que "iban a progresar", "la vida sería mejor", "iba a tener dinero", "iba a estudiar". Ambos sexos, en casi todos los grupos domésticos, respondieron en proporción semejante. Si referimos estos resultados a la población total de los que se sometieron a la prueba, comprobamos que la mitad respondió de una manera que denota anhelo de conseguir un mejor "status" económico y un adelanto en su educación.

En cuanto a la frase incompleta 73: "Mis ambiciones eran..." se observó con más frecuencia para todos los grupos domésticos y para el sexo masculino las respuestas de "trabajar", "estudiar", "progresar" y "obtener dinero". En cambio, en las mujeres de los grupos nucleares y agregados, lo que más abundó fueron ambiciones como las de "casarse", "tener un hogar", "tener familia"; en contraste no encontramos semejantes declaraciones en los grupos heterogéneos e incompletos sino otras en el sentido de "trabajar", "progresar" o "adquirir bienes". Ahora bien, como estos grupos domésticos están entre los más desmoralizados y cargados de patología emocional, nos enfrentamos sin duda alguna, a un fenómeno emocional que elimina el recuerdo de lo que podría ser penoso si se actualizaran aquellas aspiraciones frustradas..

Dado el carácter indeterminado de la frase incompleta 79: "mi mayor deseo..." algunas respuestas corresponden a la actualidad y otras a lo que se quiso en épocas pasadas. De todos modos, en el grupo de los nucleares se afirman nítidos deseos de "progreso", "superación" y de "porvenir mejor para los hijos", además de ser ellos los que manifiestan con más frecuencia el deseo de "tener una casita", muchas veces precisándose "fuera del barrio". Llama la atención que los integrantes de la familia nuclear sean los que presenten una mayor variedad de deseos en oposición a la parvedad de anhelos expresados en el grupo de los heterogéneos y de los incompletos.

Analizando un posible factor de preparación para el enfrentamiento de las condiciones de vida urbana nos encontramos con que 52 sujetos sobre 74 de los nucleares, completaron la frase 53: "Los conocimientos que traje a Lima me..." en el sentido de que les "sirvieron" o "ayudaron". En términos generales los demás grupos, coinciden con las declaraciones de los miembros del grupo nuclear.

Refiriéndose a una circunstancia pasada una mayoría en todos los grupos, reconoce que "al llegar a Lima encontró que la vida era...": "buena", "bonita", "barata" (frase 78), en tanto que un 25% afirmó que era "dura" y "cara".

Un 70% de los nucleares, 100% de los solitarios, 50% de los matrimonios y de los heterogéneos, 55% de los agregados, y 75% de los incompletos, afirman haber fracasado 'en sus aspiraciones" (frase 74), señalando como motivos, entre otros: "falta de cuidados", "de educación", "irreflexión", "ausencia de padres", "salario escaso"; debiendo anotarse que fueron mujeres de los grupos nucleares, agregados e incompletos, las que hicieron manifestación de fracaso en la vida conyugal. No deja de ser singular el hecho de que adultos encuentren como motivo de sus fracasos la "ausencia de sus padres" o la "falta de cuidados" expresiones éstas reveladoras de profundas necesidades de dependencia. Un grupo se refiere a las consecuencias de sus fracasos, así declaran que les "causó pena" o "les trastornan".

En cuanto a la frase incompleta 76: "mis fracasos son..." las respuestas que se obtienen se refieren en buena parte a situaciones actuales o a motivos. Un buen número de probandos, el 15% piensa que sus fracasos son debido a "mala suerte", "culpa ajena", o "a los hijos"; el 10% culpa "a la pobreza" y sólo el 7% admite o se siente responsable de sus fracasos "por jugador", "por botarate", "por la bebida", "por dejadez", etc. 65 sujetos sobre 156 de la muestra no admiten tener fracasos o dicen tener muy pocos, lo cual contrasta con una cifra menor de sujetos que responden que sus ambaciones no han fracasado. Esta aparente inconsistencia se explicaría por una probable actitud defensiva, que trata de mantener la ilusión de una imagen de sí más estimable, ante los ojos ajenos y los propios.

Analizando lo que podríamos llamar el *estado de necesidad actual* de los habitantes de Mendocita, utilizando la frase incompleta 105: "yo siento la falta de..." hemos obtenido los siguientes resultados: sólo 15% de la muestra declaró que "no sentían la falta de nada y de nadie" lo cual ha de extrañar al conocérseles de cerca en su medio misérrimo. Se hacen presentes necesidades afectivas expresadas a través de frases como "yo siento la falta de cariño", "de buen trato", "de estimación" y "de aliento"; llegándose en un caso a obtener la significativa declaración "yo siento la falta de... alguien que me diga: no sufras". Dieciocho adultos añoraban la presencia de su madre, debiendo resaltarse la distribución igual entre hombres y mujeres. Esta búsqueda de la madre guarda relación con otros hallazgos que denotan una gran extensión de la necesidad de dependencia y una figura débil o ausente del padre. A este respecto hemos de poner de relieve que un grupo aparte de sólo 5 probandos sintió la falta del padre (3 hombres y 2 mujeres) y otros 3 la falta de ambos progenitores.

Ventiun sujetos, de los cuales 18 eran nucleares, 1 esposa y 2 agregados, sintieron la necesidad de 'familia" comprendiéndose dentro de este término a los familiares que no son padres, hijos ni cónyuges.

Trentiocho sujetos expresaron que sentían la falta de "comodidad", "dinero" o "todo".

Apenas 5 sujetos sobre un total de 173 que completaron la frase 80: "si yo tuviera lo que quiero..." manifestaron que "tenían algo" o "estaban bien"

en contraste a 139 que respondieron que "serían felices", "estarían tranquilos", "no tendrían problemas", "sería otra cosa", "estaría asegurado el porvenir".

Al estímulo de la frase 77: "yo no obtengo..." se recogió información que corrobora ampliamente la proporcionada en la anterior, tanto más si se tiene en cuenta que fue comprendida por muchos como "yo no tengo..."

En cuanto a expectativas, la frase incompleta 91 "yo no espero..." proporciona todo un caudal informativo acerca de una actitud desesperanzada: 92 sobre 168 sujetos manifestaron no "esperar nada", "progresar", "mejorar de situación". Recordemos que en un estudio de la moral en esas misma población obtuvimos, valiéndonos de otro medio, hallazgos muy semejantes. Los fracasos sucesivos, bien se sabe, pueden conducir a un desaliento y en muchos sujetos a una pérdida de la esperanza [1].

Una evaluación de algún intento para superar las dificultades podría obtenerse a través de los resultados de la complementación de la frase 82: "Mis esfuerzos..." Destacan las referencias a esfuerzos elementales para el simple subsistir. Otros hablan de muchos esfuerzos, pero ya sabemos los escasos frutos de sus diversas empresas.

Esta población desesperanzada y fracasada encuentra sin embargo satisfacciones que le permiten equilibrarse en cierta medida. Gran satisfacción obtienen nucleares y agregados en los hijos y en la vida de familia, en tanto que los incompletos únicamente la encuentran, a su decir, en aquéllos. En general, los solitarios, matrimonios y heterogéneos son grupos con menos satisfacciones.

Estos pobladores, comúnmente, se sienten "más contentos" y "a gusto" (frases 111 y 112) cuando están en el hogar; algunos hacen referencia a satisfacciones orales y al dormir como fuente de placer, y no pocos encuentran en la soledad una suerte de refugio, siendo digno da anotarse que apenas uno de los seis solitarios y ninguno de los heterogéneos e incompletos parecen hallar alivio en la soledad.

Una vez más hallamos el gran valor que representa para esta pobre gente la vida de hogar pues 104 nos hacen saber en la frase 71 que "su mayor alegría es... el hogar".

En cuanto a "La época más feliz..." (frase 63) la ubicaron en la niñez e infancia 52 de 171 sujetos. No se trata simplemente de una idealización de la infancia o de la niñez, como podría suponerse, puesto que revisando en su conjunto la prueba auto-biográfica se ha obtenido para muchos de los casos una información de ciertas satisfacciones en esa época de la vida. Así mismo la juventud y la soltería pasadas son vistas como etapas felices, quizás en contraste a la vida actual penosa, dura y preñada de inseguridades. Nada menos que 15 sujetos declararon que "nunca habían sido felices" hecho que debe hacernos meditar sobre las circunstancias desfavorables de sus vidas y la reacción afectiva actual.

En lo que a logros atañe el 22% de la población-muestra afirma: "No haber logrado nada" (frase 84). El resto hace referencia a que han conseguido "algo", "tener un cuarto", "tener buenas notas", "ser casada", "vivir", "éxito en los juegos", "buena conducta", "portarse bien", "estar tranquilos", "acostumbrarse a la barriada", "cambiar a su esposo".

Ya hicimos referencia a las satisfacciones simples y fundamentales de los mendocinos estudiados. Ahora señalaremos aquello a que dan valor en la vida. El simple vivir es grandemente apreciado. Esto constituye, de acuerdo a NICOLAI HARMANN,[2] el valor elemental por excelencia puesto que sobre la vida se asientan todas las posibilidades del hombre. La existencia del mendocino parece hallarse en un plano de elementalidades, tanto en lo que se refiere a los valores de un mundo actual cuanto a los que se hallan presentes en el campo de su futuro psicológico.

Esto no nos extraña pues la emergencia de necesidades superiores, de acuerdo a la teoría de A. H. MASLOW[3] sólo es posible después de la satisfacción de las más elementales o fundamentales necesidades biológicas. Un valor instrumental, como es el trabajo, recibió la adhesión de 32 integrantes de la muestra; en número igual a los que encontraron a la vida valiosa por sí misma. La salud, valor biológico fundamental, fue apreciada sólo por el 12% de los probandos, pese a encontrarse viviendo en condiciones de gran insalubridad, a las que no perciben en todas sus implicaciones.

En cuanto al valor que se dan y se observan en sí mismos, (frase 85) el 36% se considera 'feliz", el 17% "pobre", el 15% "honrado", "bueno", "buen padre" o "buena madre", y solamente el 3% se percibe como "fracasados", "de mala suerte" y "desgraciados". Estas imágenes de sí mismo que presentan los mendocinos estudiados, muestran escasas referencias a la falta de éxito, al fracaso, y en general a cualidades negativas, con lo que se evidencia una suerte de "arreglo" de esta imagen a fin de disminuir o aliviar la ansiedad en relación con su existencia amenazada. Ya señalamos en una investigación paralela el probable papel defensivo, magnificador del yo, de percibir envidia como proveniente de los demás. De esa suerte, el mendocino fracasado e inseguro encontraría un cierto ajuste emocional.

SUMARIO

Se ha estudiado mediante el método proyectivo de completar frases, las aspiraciones, fracasos y logros de los pobladores del área urbana marginal de Mendocita. Se encontraron frecuentes referencias a fracasos, satisfacciones de tipo elemental, escasos logros y una imagen idealizada de sí mismos.

REFERENCIAS

1.—ROTONDO, H. colab.: "Estudio de la MORAL en la colectividad de Mendocita". Lima, M. S. P. A. S., 1958.
2.—HARTMANN, NICOLAI: "Ethics", Georg Allen y Unwin Ltd., London, 1932.
3.—MASLOW, A. H.: Motivation and Personality. Harper and Brothers Publishers, New York, 1954.

ESTUDIO DE LA "MORAL" EN LA COLECTIVIDAD DE MENDOCITA *

por HUMBERTO ROTONDO, CARLOS BAMBAREN VIGIL, JAVIER MARIATEGUI, PEDRO ALIAGA L., CARLOS GARCIA-PACHECO, OLGA DEGREGORI, HILDA DE MAYCA, BEATRIZ DE DELGADO

INTRODUCCION

Entendiendo como moral una "actitud individual o de grupo respecto a la confianza, perseverancia en el trabajo y fidelidad a los ideales" [12], hemos intentado conocer algunos aspectos de su estado y funcionamiento en la población que habita en el Barrio de Mendocita. Insistimos en que este estudio no tiene que ver, precisamente, con un análisis de los valores éticos, sino de aquella condición de salud emocional y física que dota a la vida de recursos o medios de energía, esperanza, entusiasmo y tenacidad para el logro de los objetivos del individuo y de los grupos en los que participa. En este sentido, una colectividad tiene una moral elevada cuando manifiesta cohesión y unidad de propósito fundamentales y cuando sus integrantes laboran con entusiasmo por alcanzar fines comunes.

Una apreciación de este tipo nos ha parecido interesante en vista de la ausencia de un verdadero espíritu de comunidad en ese barrio, en las graves tensiones existentes entre sus pobladores, y de la alta incidencia de conducta antisocial.

PROCEDIMIENTO

Sobre la base de un cuestionario de moral modificado de la escala de personalidad de Minessota de JOHN DARLEY y WALTER V. MCNAMARA, se confeccionó una lista de opiniones en número de veintiocho que fue aplicada a una muestra 146 pobladores de Mendocita (71 hombres y 75 mujeres) integrantes de los diferentes grupos domésticos. La aplicación fue hecha en forma individual y a cada uno de los probandos se le solicitó, simplemente, que manifestara su aprobación o desaprobación a las opiniones formuladas, adecuándose al nivel cultural de la población estudiada. Los resultados ob-

* Investigación del Departamento de Higiene Mental, Jefe Dr. Baltazar Caravedo C.; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima.

tenidos fueron analizados en función de diferentes variables, a saber: edad, sexo, tipo de grupo doméstico, lugar de procedencia y tiempo de estadía en Mendocita, con el fin de averguar la posible influencia de estos factores en la índole de la respuesta.

RESULTADOS

Bajo este rubro analizamos las respuestas positivas o negativas suministradas a propósito de las 28 declaraciones del Cuestionario de Moral, tomando en cuenta su incidencia general y por sexos en la población muestra.

1.—Opinaron que "casi todo puede arreglarse en los tribunales si se tiene suficiente dinero" 95 sujetos de los 146 estudiados. De estos, 95, 44 fueron hombres y 51 mujeres.

Esto indudablemente está indicando un bajo nivel de confianza en lo que atañe a la administración de justicia y, como se ha observado en otros estudios, traduce desmoralización.

2.— 124 sujetos de los 146 probandos respondieron afirmativamente a la declaración de que "casi siempre está uno alegre en casa con su familia", de los cuales 63 hombres y 61 mujeres. La elevada incidencia de esta opinión en la población general nos está indicando el gran valor que ella le da a la vida en familia como fuente de satisfacciones. No olvidemos que esta población está privada de muchas de las satisfacciones, tanto materiales como espirituales, que brinda toda comunidad que ofrece posibilidades a sus integrantes, quedándoles solamente la vida familiar como un centro donde obtienen las respuestas afectivas necesarias, el reconocimiento y la seguridad. Parecen ser los núcleos mejor constituídos los que proporcionan esas satisfacciones: guardan relación con esto, hallazgos de otra investigación [10] donde comprobamos la mayor integración y defensa del individuo perteneciente a las familias nuclear y agregada.

3.— 99 sujetos sobre 146 opinaron que "la vida no es sino una serie de desengaños", respondiendo afirmativamente 47 hombres y 52 mujeres. El desengaño que estas gentes refieren tiene que ver indudablemente con los fracasos experimentados en el logro de diversas aspiraciones, muchas veces elevadas, que la mayor parte de los venidos de provincias trajeron a Lima. Sin embargo, como lo veremos después, muchísimos limeños se expresaron de esta suerte. En relación a este hecho conviene, para su comprensión, utilizar la hipótesis de la deriva ("drifting"), que supone el desplazamiento hacia el área de Mendocita, zona de vivienda íntima y de bajo alquiler, precisamente de personas de escasísimos recursos y con muchos antecedentes de fracaso.

4.— Estuvieron de acuerdo con la declaración de que "nadie se interesa por lo que les ocurre a las gentes" 57 de los 146 pobladores estudiados, de los cuales 22 eran hombres y 35 mujeres. El que un 38% de la muestra responda así sugiere que una buena proporción (62%) obtiene alguna forma de interés quizás de los suyos o de los paisanos y de los compañeros de tra-

bajo. No nos atrevemos a sustentar que esta atención provenga en buena parte del vecindario en vista de la información pertinente recogida a través de la observación y de los resulltados del cuestionario de participación social.

5.— 66 personas de 146 coincidieron con la declaración de que "en general los policías son honrados", mientras que 80 opinaron lo contrario. En atención al sexo no se encuentran diferencias significativas tanto para las opiniones positivas como para las opiniones negativas.

Esta pérdida de fe en quienes está delegada cierta forma de control social puede estar en relación con desmoralización de esta población y quizás también, con alguna imagen deformada o estereotipo negativo de los representantes del orden.

6.— 128 personas sobre 146 fueron del parecer de que "el hombre joven de hoy día puede tener muchas esperanzas en el porvenir". Esta declaración, en que coincidieron hombres y mujeres, está denotando que ven caminos abiertos para sus hijos y aun para ellos mismos si son jóvenes. Sin embargo, esta posibilidad la viven lado a lado de una anticipación negativa del futuro (ver declaración 11), lo cual plantea una situación ambigua en lo que se refiere a la perspectiva temporal, esto es: ven simultáneamente lo mejor y lo peor o sea que no disponen de una clara estructura cognitiva de su futuro psicológico.

7.—A la declaración: "en la vida triunfa el que se dedica a los negocios sucios" asintieron 40 sujetos de la muestra estudiada. De estos 40, 27 mujeres versus 13 hombres. Llama la atención esta incidencia del 27% de una cierta tendencia a pensar que sólo con medios ilícitos se logra el éxito. Esto, indudablemente, fomenta, desalienta y engendra amarguras, y denota claramente, una actitud cínica en relación a este asunto, vital para toda colectividad.

8.— Prácticamente el 100% de la muestra afirmó: "la educación hace del hombre un mejor ciudadano'", traduciendo así, con toda probabilidad, una receptividad a los valores de la educación.

9.— Significativamente, más del 50% de la población opinó que "la educación no sirve de nada en la actualidad para obtener un empleo o trabajo". Esto nos está diciendo de las probables dificultades sentidas para el logro de colocación, empleo o trabajo, producto de las circunstancias reales con las que se enfrentan muchos pobladores, o de lo llega a sus oídos, y un cierto desaliento en alcanzar objetivos vitales.

10.— 80 sujetos manifestaron que "casi siempre las leyes se hacen a favor de los pobres". Esta opinión contrasta con las preponderantes a propósito de las preguntas 1 y 14, y muestra, una vez más, inconsistencia y heterogeneidad de las opiniones del grupo estudiado.

11.— 113 probandos, hombres y mujeres por igual, declararon que "cada día el porvenir se muestra más negro". Este pesimismo al lado de esperanzas, en realidad conduce a no saber que esperar y,no lo dudamos, es una de las fuentes de la ansiedad tan elevada de esta población.

12.— Llama la atención que 122 sujetos asintieran que "la vida no es sino una preocupación después de otra". Tan extendida opinión puede estar en relación a las vicisitudes de los pobladores y quizás también a una probable visión retrospectiva negativa, fruto de su desánimo actual.

13.— 90% de los pobladores estuvieron de acuerdo en que "casi siempre uno necesita de consejo antes de hacer una cosa importante". Esta declaración coincide, en cierta medida, con una obtenida en la aplicación del Indice Médico de Cornell, que revelaba una profunda y extendida necesidad de dependencia.

14.— 102 sujetos coincidieron en afirmar que "la ley protege los derechos de los propietarios a costa de los derechos de las gentes", opinión que traduce claramente una baja moral del grupo estudiado.

15.— Más del 90% sustentó la opinión de que "cualquier hombre con habilidad y voluntad tiene éxito en la vida", pero aquí, también se nos presenta una situación conflictiva entre esta opinión y otras que dan importancia a la "suerte" y "a la vara" en esto de los medios que, se cree, pueden acercar al "éxito".

16.—En lo que se refiere a la declaración "en estos días uno debe abandonar toda esperanza de llegar a ser algo" 41 sujetos asintieron. Esta afirmación en unión de otras, forma toda una gama de opiniones contrapuestas, aparentemente inconsistentes, pero que en realidad expresan la alternancia y coexistencia, en unos mismos sujetos de temores y esperanzas.

17.— 86 personas estuvieron de acuerdo a propósito de la declaración "no hay nada realmente interesante en la vida", destacándose acá un ligero predominio de hombres sobre mujeres. Quizás esta opinión tenga función defensiva, a la manera de consuelo, en esta población tan lejana de los objetivos que ambiciona y los que ve, ya simultánea o alternativamente, como posibles e imposibles.

18.— Hubo casi unanimidad entre los pobladores estudiados en declarar que "la educación es más valiosa de los que las gentes piensan". Esta opinión, obviamente, se halla vinculada a la Nº 8.

19.— El 32% de la población estudiada afirmó que "un hombre muy necesitado tiene derecho a robar". Esta declaración está indicando que un buen porcentaje parece no acatar interiormente ciertas normas colectivas en relación al respeto de la propiedad ajena.

20.— Llama la atención que un elevado porcentaje de la población (70%) declarara que "el éxito en la vida depende más de la suerte que de la habilidad real". La pretendida intervención del factor suerte en el curso de la vida, sostenida por tantos pobladores, probablemente sea una creencia cultural. La "suerte" que de súbito remedia una situación, trae el objetivo apetecido, es casi una intervención mágica, quizás expresión de los deseos insatisfechos de estas gentes, que ven en la intervención de lo extraordinario una salida para sus apuros. La creencia en la "suerte" se opone, evidentemente, a la convicción de que nuestros logros son el resultado combinado de esfuer-

zos más oportunidades, y puede hallarse en relación a tendencias dependientes no superadas en el desarrollo emocional.

21.— Coincidiendo con incidencias elevadas de opiniones similares (preguntas Nº 8 y 18), prácticamente la totalidad de los pobladores estuvo de acuerdo en que "todos los ahorros gastados en la educación son una buena inversión".

22.— Las opiniones estuvieron igualmente distribuidas, tanto en sentido afirmativo como negativo en lo referente a la declaración "muchos hijos son una carga", lo que analizaremos detenidamente más adelante cuando veamos su incidencia atendiendo a los diferentes grupos domésticos.

23.— Nada menos que el 66% de la muestra, expresó que "en la barriada la gente vive muy aislada". No necesitamos comentar extensamente esta afirmación de la que damos cuenta, en forma especial, en un estudio sobre la vida de relación de los mendocinos.

24.— El 70% de los integrantes de la muestra declaró que "el éxito en la vida es cuestión de vara". Esta opinión, evidentemente cultural, está en relación con expectativas de intervenciones todopoderosas para obtención de beneficios de diversa índole.

25.— El 36% de probandos sostuvo que "no nos podemos entender sino con nuestros paisanos". A todo buen observador no deja de llamar la atención la asociación frecuente, atendiendo al origen o lugar de nacimiento, que se establece informal y formalmente, sobre todo fuera del barrio. Este hecho más frecuente en los pobladores oriundos de la Sierra, quizás cumpla en parte una función defensiva en el difícil proceso de adaptación al medio urbano, manteniendo así su "identidad" verdadero soporte emocional que le proporciona uno de sus grupos de referencia, cuando va haciendo frente al anonimato y a la mayor distancia social cuando no al franco prejuicio "racial" que halla en la ciudad.

26.— 77 sujetos fueron de la opinión que "el soltero tiene más ventajas y posibilidades que el casado". Esta añoranza del tiempo donde las responsabilidades son menores y la libertad mayor, quizás exprese un cierto rechazo al desempeño de un "rol" maduro y adulto.

27.— La casi totalidad de la población-muestra, compartió la opinión que "uno debe sacrificarlo todo por sus hijos". Con esto no hacían sino reflejar expectativa común dentro de nuestra cultura.

28.— Sólo 43 personas dijeron que "la vejez es el tiempo más feliz de la vida". Esta visión negativa de la ancianidad puede hallarse en relación a la inseguridad de los probandos, pese al valor que le dan a los hijos, los que en la mayoría de los casos se ven obligados a alejarse de ellos, sin estar ligados por los vínculos de un tipo de familia amplia o patriarcal.

II. Resultados atendiendo a los grupos domésticos.

Conviene ahora analizar algunos de los resultados de significación, en función de la pertenencia a los grupos domésticos.

En relación a la opinión número 4 del cuestionario "nadie se interesa por lo que le ocurre a las gentes" sorprende que en el grupo de las familias nucleares, respondan afirmativamente sólo 9 de 38 varones y en cambio 22 de 41 mujeres, diferencias que no se aprecian en los restantas grupos domésticos. Este bajo número de hombres quizás revelaría una mejor integración de éstos en diferentes grupos sociales, lo cual les permitiría obtener mayores contactos sociales y posibilidades de aprecio y atención, ya de sus compañeros de trabajo o de sus coterráneos, a los que ven en sus clubs o asociaciones "distritales".

A propósito de la opinión número 6 "el hombre joven de hoy día puede tener mucha esperanza en el porvenir", en el grupo de familias incompletas apenas 6 de 11 mujeres contestaron afirmativamente, mientras que el total de los varones lo hizo así. Anotemos que estas mujeres mostraron, de esta suerte, una fuerte actitud pesimista que guarda relación con su situación adversa y los escasos recursos, de toda clase, para enfrentarse a ella, como hemos podido comprobarlo en otros estudios de los grupos incompletos encabezados por mujeres. Estos son, los más desmoralizados y cargados de patología emocional, lo cual es comprensible dada su índole de grupos desintegrados por muerte, abandono o deserción de algunos de sus miembros básicos, (marido, mujer).

Tanto en el grupo de los agregados como en el de los nucleares la proporción de opiniones afirmativas reveladoras de pesimismo (opinión Nº 11) es menor en comparación a la de los restantes grupos, con lo cual se evidencia un estado de ánimo más esperanzado y entusiasta. En cambio en los demás grupos domésticos, la casi totalidad de sus miembros, dieron opiniones pesimistas en relación al futuro.

Guarda estrecha relación con los resultados obtenidos en la anterior opinión, los interesantes hallazgos de una menor proporción de sujetos pertenecientes a las familias agregadas y nucleares que opinaron afirmativamente que "la vida no es sino una preocupación después de otra" (Nº 12).

También afines son los resultados en la opinión Nº 17 "no hay realmente nada importante en la vida", los cuales ofrecen una proporción menor de declaraciones afirmativas en los grupos de agregados y nucleares. Este mayor gusto por la vida y el encontrar aspectos interesantes en ella, están obviamente vinculados a la mayor riqueza e intensidad de las relaciones interpersonales dentro de la familia nuclear, que proporcionan satisfacciones y seguridad, pese a las adversas circunstancias exteriores, y un aliento que contrarresta la desesperanza colectiva.

La totalidad de los integrantes de la muestra, pertenecientes al grupo de los heterogéneos, asintió que "un hombre muy necesitado tiene derecho a robar". Recordemos los laxos vínculos de sus integrantes, muchos ajenos a los demás y venido de fuera, lo que posiblemente condicione una mengua del control social conveniente, que regula cualquier intento y aun la posibilidad de apartamiento de las normas sociales establecidas.

Menos son los miembros de los grupos agregado y nuclear que consideran que "el éxito en la vida depende más de la suerte que de la habilidad real" (opinión Nº 20) es decir los más de sus miembros tienen una actitud más realista con vistas a alcanzar sus diversas metas. Planteamos la posibilidad de que en los restantes grupos, los sucesivos fracasos y las escasas defensas condicionen con mayor facilidad la emergencia de una creencia mágica: la confianza en la "suerte" o el azar benefactores.

Curiosamente 10 sobre los 11 sujetos de la muestra de los matrimonios opinaron afirmativamente que "muchos hijos son una carga". Precisamente aquellos que no los tienen, los consideran carga: pudiera tratarse de una defensa del tipo de las "uvas verdes", intento de aliviar una ansiedad frente a un hecho irremediable, puesto que los de este grupo, casi todos largo tiempo unidos, no han tenido hijos hasta el momento y muchos, por su edad u otras circunstancias, no les tendrán nunca.

Son menos en proporción, los probandos nucleares que responden afirmativamente que "en la barriada la gente vive muy aislada". Dejamos para un análisis posterior este singular hallazgo cuando presentemos los resultados de un estudio sobre la vida de relación de los mendocinos.

Estrechamente relacionado a lo encontrado a propósito de la opinión Nº 20, está el resultado obtenido en la número 24 "el éxito en la vida es cuestión de vara"; son menos los agregados y nucleares que contestan afirmativamente.

Apenas 1 sujeto sobre 11 de los matrimonios, y ninguno de los 6 heterogéneos afirmó que "la vejez es el tiempo más feliz de la vida". En cambio, 30 de los 79 nucleares estuvieron de acuerdo con esta opinión. El significado de estas respuestas es obvio dada la mayor seguridad que se espera proporcionen los hijos en la ancianidad.

III. Resultados atendiendo al lugar de procedencia.

Analizando igualmente sólo algunos resultados de valor significativo, vemos que una menor proporción de limeños, comparativamente a los costeños y a los procedentes de la sierra, encontraron que "casi siempre está uno alegre en casa con su familia". En el estado actual de nuestra investigación no podemos evaluar el alcance de este hallazgos aunque estamos en condiciones de plantear una hipótesis plausible: el mayor porcentaje de costeños y de serranos que se pronuncian por las satisfacciones de la vida familiar estarían destacando el gran valor defensivo de estas experiencias que compensarían en parte las frustraciones de la vida metropolitana.

Interesantemente una mayor proporción de costeños, 42 sobre 58, (72%), y una todavía más alta de limeños 24 sobre 31 (80%) afirmaron que "la vida no es sino una serie de desengaños". En cambio, sólo 32 de 56 (57%) serranos asintieron en ese sentido. Este hallazgo evidentemente destaca una diferencia significativa de los resultados proporcionados por los serranos

comparativamente a los costeños y los nativos de Lima. El que los provincianos se sientan menos desengañados guardaría relación a sus aspiraciones y ambiciones aun no totalmente fallidas, en contraposición al capitalino y al costeño, menos ilusionados y más realistas en sus expectativas dentro de las limitaciones del medio.

Las opiniones de limeños se encuentran divididas casi por igual en relación a la pregunta "nadie se interesa por lo que ocurre a las gentes". En cambio, son más los costeños (33 con respuesta negativa y 23 con respuesta positiva) y más todavía los serranos, (37 con negativa y 19 con positiva), los que responden negativamente. Esta singular comprobación estaría en relación con la intensa vida de relación dentro de los grupos provincianos verificada por WILLIAM P. MANGIN [5]. Como hemos señalado más arriba, existen diferencias en atención al sexo. Así, mientras en el grupo de limeños la proporción de respuestas positivas y negativas es semejante en ambos sexos (1:1), en el de los costeños esta misma proporción se conserva únicamente para el sexo femenino, en tanto que los varones responden negativamente en la proporción de 3 a 1; en el grupo de los serranos se verifica una proporción de respuestas negativas de 2 a 1, igual para ambos sexos.

Una opinión compartida por ambos sexos se obtuvo a propósito de la declaración "en general los policías son honrados", se advirtió que sólo 39% de los limeños y el mismo porcentaje de los serranos compartieron esta opinión, al lado del 55% de los costeños que participaron de ella. ¿Por qué esta menor proporción de serranos y de limeños en este recuento de opiniones? ¿Son acaso los más "desmoralizados" en ese sentido?

A la declaración "un hombre muy necesitado tiene derecho a robar", en los serranos se obtuvo sólo un 16% de respuestas afirmativas en tanto que en los limeños y en los costeños la proporción fue el doble.

Serranos y limeños participaron casi por igual (45% y 40% respectivamente), de la opinión de que "no nos podemos entender sino con nuestros paisanos". Los costeños, en cambio, sólo se adhieren a esta opinión apenas en un 26%. Sin duda alguna, este punto de vista guarda relación con los prejuicios raciales que alimentan la distancia social, los malos entendimientos y la desconfianza entre serranos y limeños. Estos, tienden a asociarse preferentemente entre sí. Este es un hecho que pudimos observar en nuestras visitas y que obtuvimos también a través de otras averiguaciones encaminadas específicamente al conocimiento de las actitudes raciales.

Que "la vejez es el tiempo más feliz de la vida" fue la opinión del 20% de los serranos, del 30% de los limeños y del 40% de los costeños. Estas diferencias apreciables merecerían un estudio especial con el fin de esclarecer las probables implicaciones culturales y sociales de tan singulares hallazgos.

IV. Resultados atendiendo a la edad.

Estudiamos la incidencia de las diversas opiniones del cuestionario de moral en función de los grupos de edad. Se ha dividido la población en tres

grandes grupos de edades: 1) de 20 a 39 años; 2) de 40 a 59 años; y 3) de 60 a más años.

En el tercer grupo los que responden afirmativamente a la opinión "casi todo puede arreglarse en los tribunales si Ud. tiene suficiente dinero" representan una proporción mayor que en los demás grupos de edad, lo que indicaría una actitud más desmoralizada en estos ancianos.

A la declaración "casi siempre está uno alegre en casa con su familia" respondieron afirmativamente 10 de los 11 sujetos que componen el tercer grupo, 39 de 44 integrantes del segundo grupo y 75 de 91 del primer grupo. Se ve que a medida que avanza la edad los sujetos van encontrando mayor alegría en la vida de familia, lo cual puede estar en relación a las menores oportunidades de procurarse satisfacciones fuera del hogar.

En proporción prácticamente igual a la encontrada para la primera opinión se obtuvieron resultados para la tercera: ("la vida no es sino una serie de desengaños"), lo que expresaría, igualmente, una actitud de desmoralización conforme avanza la edad.

Los de 60 o más años, con más frecuencia que los de 20 a 39 y los de 40 a 59 años, sienten que "nadie se interesa lo que les ocurre a las gentes". Esta opinión es de tipo proyectivo pues a través de ella se refleja claramente su propia situación desamparada, aislada y sin esperanzas.

Son los jóvenes de 20 a 39 años lo que demuestran mayor desmoralización cuando afirman, con menos frecuencia, comparativamente a otros grupos de edad que "en general los policías son honrados". Fueron asimismo los jóvenes los que más escepticismo demostraron sobre el valor de la educación para conseguir empleo o trabajo (opinión Nº 9) sin duda alguna en vista de las dificultades reales que muchos de ellos encuentran.

No se verificaron diferencias entre los diferentes grupos de edades en relación a las opiniones: "cada día el porvenir se muestra más negro" y "la vida no es sino una preocupación después de otra", cuyas distribuciones homogéneas y elevadas en la población general ya hemos señalado.

A medida que avanza la edad va disminuyendo la proporción de sujetos que considera que "casi siempre uno necesita de consejos antes de hacer una cosa importante", que, como sabemos, es elevadísima en la población general. Debemos agregar que este descenso es menos marcado entre los dos primeros grupos, como si aún en los pobladores de edad media persistiera esta necesidad de dependencia, que es fuente de ansiedad por su frecuente e inevitable frustración.

Son los del grupo de 60 o más años los que tienen, relativamente, una actitud más pesimista con respecto a las posibilidades de los jóvenes. (Opinión Nº 16).

Resultan los ancianos los que, relativamente, aceptan con más frecuencia que "un hombre muy necesitado tiene derecho a robar". Los ancianos, que dentro de los grupos de edad, son los más desmoralizados, suscriben así

una opinión de tipo anómico mostrando de esta suerte la íntima vinculación entre pérdida de la moral y ausencia de sometimiento al control social.

No hay diferencias, en relación a las edades, en las distribución de opiniones sobre "la vejez es el tiempo más feliz de la vida", a la que, todos, consideran la peor época de la vida.

V. Resultados atendiendo al tiempo de estadía en Mendocita.

A medida que pasa el tiempo de estadía en Mendocita son menos los pobladores que piensan que "casi siempre las leyes se hacen a favor de los pobres", opinión que guarda relación con la acumulación de sus experiencias negativas y desalientos de todo tipo.

Los recién llegados a Mendocita tienen relativamente una actitud más desesperanzada pues afirman: "en estos días uno debe abandonar toda esperanza de poder llegar a ser algo", comprensible pues el que llega a Mendocita es el que no ha podido obtener lo indispensable para procurarse medios de subsistencia adecuados trayendo consigo severas experiencias de fracasos que condicionan esta perspectiva temporal negativa [4]. Conviene anotar también que son precisamente los grupos extremos, los recién llegados (de 1 a 4 años) y los de mayor tiempo de residencia (de 20 a 27 años), los que presentan, con más frecuencia, una actitud pesimista frente a la vida.

Son los dos primeros grupos atendiendo al tiempo de estadía en Mendocita (1-4 años, y 5-9 años) los que admiten que "en la barriada la gente vive muy aislada". Este hallazgo está indicando las dificultades iniciales en relacionarse y guarda vinculación con sus frecuentes actitudes de recelo, desconfianza y timidez en las relaciones interpersonales que quizá tenga un sentido defensivo, del tipo de ajuste, que si no se superan resultan fuente, a su vez, de mayores problemas.

En un comienzo son muy numerosos los que opinan que uno no "se puede entender sino con los paisanos". Este hecho tiene que ver con la tendencia de los provincianos recién llegados a asociarse entre sí aunque a medida que los años avanzan aumentan las asociaciones con los compañeros de trabajo, ampliando así su vida de relación. Esta declaración guarda relación con la observación de la gran participación de los provincianos a la vida de instituciones llamadas "distritales", provinciales, de "progreso local" etc., en las que hallan reconocimiento, aprecio y diversas satisfacciones sociales entre "conocidos" y "paisanos", los únicos con los que tienen por el momento, experiencias comunes. Es probable que estas experiencias, de otro lado, sirvan para mantener o estabilizar su "identidad", lo que les permite soportar mejor las presiones del medio urbano anónimo, desconcertante y poco acogedor en muchos aspectos humanos.

DISCUSION

Si bajo ciertos aspectos una moral elevada refleja interés y gusto por la vida, contento y al mismo anticipación esperanzada del futuro, la población de Mendocita, ciertamente, no exhibe estos rasgos en una proporción apreciable. Esto es fácilmente comprensible dadas las íntimas vinculaciones entre experiencia personal y estado de moral. Quienes experimentan reiteradamente fracasos, suelen tener una moral baja, más todavía cuando no se obtienen sasisfacciones que les contrarresten, un equilibrio de éxitos y fracasos. Este es el caso del mendocino, que a lo más se refugia en la vida mísera de su familia o se procura satisfacciones orales de variado tipo. Las cosas son más complicadas que lo que a primera vista parece, pues la moral del individuo y por tanto de los grupos, es producto también de la fortaleza biológica que permite resistir sufrimientos y tensiones de toda índole. GARDNER MURPHY [8] ha postulado la existencia de una suerte de "dureza fisiológica", expresión de salud física, que contribuye a mantener elevada la moral. La desnutrición y la enfermedad, contribuyen a minar la fortaleza física y por ende la tolerancia al sufrimiento. La población de Mendocita, como hemos comprobado en anterior estudio [10], es un conjunto humano depauperado biológicamente, propenso a la fatiga y vulnerable al impacto del sobre-esfuerzo o "stress" emocional.

La esperanza es fuerza integradora que sostiene al individuo y a los grupos aún en la espera difícil ([2, 6, 7]). La experiencia de los individuos y de los grupos muestra que pueden soportar grandes sacrificios si éstos se acompañan de esperanzas. Los pobladores de Mendocita, en su gran mayoría, revelaron pesimismo, y en general, desilusión, falta de interés y de entusiasmo por la vida. Sin embargo ,como ya lo hemos señalado, no dejaban de albergar esperanzas para sus hijos, no obstante una visión sombría de la vida. Indudablemente, estamos frente a una situación compleja de desmoralización que incluye potencialidades que pudieran movilizarse para reanimar entusiasmo y fe en el futuro.

Cuando las gentes ven o sienten que los medios empleados para acercarse a los objetivos apetecidos no son operantes, sobreviene la desmoralización. Así es que muchos mendocinos, inclusive varones, llegan a afirmar que no todo hombre con habilidad y voluntad tiene éxito en la vida. En un seminario sobre problemas psicológicos de moral, realizado bajo la dirección de HENRY A. MURRAY y GORDON ALLPORT, en la Universidad de Harvard [9], expresamente se llegó a la conclusión de que la moral se refiere a aquella condición de un grupo donde hay objetivos colectivos claros y determinados que se consideran importantes, a la par que confianza en el logro de ellos y, subordinamente, en los medios de obtenerlos. En relación a esto, nuestros pobladores en general no creen en la equidad de la ley, que es el medio para obtener la justicia, piensan "que la educación no sirve de nada en la actuali-

dad para obtener un empleo o trabajo", y que "en la vida triunfa el que se dedica a los negocios sucios".

Esta desmoralización del poblador del área de Mendocita le ha llevado, indudablemente, a no querer saber nada de los demás y para los demás en el barrio. Como lo ha destacado ISIDOR CHEIN [1], existe una continua interacción entre la moral del individuo y su proyección en el grupo. Así sostiene que no puede esperarse que una persona cuya moral individual sea baja, debido a la preocupación con problemas de empleo o de ingresos o de ajuste familiar, pueda participar con entusiasmo y esperanza en la actividad de un grupo. No debe extrañarnos pues, que nadie se interese por asociarse y hacer algo a favor de la colectividad. De otro lado, la heterogeneidad de la población, la ausencia de experiencias comunes y los prejuicios de todo tipo, impiden la comunicación que es condición previa de la relación interpersonal y por consiguiente de las posibilidades de esfuerzo mancomunado. La Asociación de Propietarios ve por sus intereses y la Asociación de Padres de Familia nunca ha movilizado entusiasmos y energías de sectores apreciables de la población.

Una moral elevada se acompaña de entusiasta participación en actividades de grupo. Si existe esta participación en los pobladores lo es fuera del barrio, en las asociaciones provinciales y en menor grado en los sindicatos obreros e instituciones mutualistas. Pocos son los que se expresan bien del barrio, todos quieren salir de él, y no existe identificación alguna con Mendocita.

La conformidad a normas que regulan la vida en la colectividad, se halla en relación, en cierta medida, con el estado de la moral [3]. Señalamos antes una fuerte proporción de opiniones que denotaban una mengua del respeto a esas normas; ésto es un índice de desmoralización que encuentra una expresión ostensible en la elevada incidencia de delincuencia juvenil y de adultos, como hemos podido verificar en una investigación colateral [11].

RESUMEN

Se investigó, valiéndose de un cuestionario el estado de la moral, reflejado en opiniones, en un grupo de pobladores de Mendocita. Predominaron aquellas que guardan relación con franca desmoralización: pesimismo, falta de fe en los medios para alcanzar objetivos de importancia, actitud desesperanzada, mengua de interés por los incentivos de la vida, y una subversión en la escala de los valores tradicionales.

REFERENCIAS

1.—CHEIN, I.: The meaning of morale. Psychol. Rev., 50: 311-329, 1943.
2.—LAÍN ENTRALGO, P.: La espera y la esperanza. Rev. Occidente, Madrid, 1957.
3.—LA PIERE, T.: A theory of social control. New York, Mc Graw-Hill Book Co. Inc., 1954.

4.—LEWIN, K.: Time perspective and morale. En "Resolving social conflicts" por K. Lewin, New York, Harper & Brothers Publishers, 1948.
5.—MANGIN, W.: Comunicación personal.
6.—MARCEL, G.: Esquisse d'une phenomenologie et d'une metaphysique de l'esperance. En "Homo Viator", Paris, Aubier Editions Montaigne, 1944.
7.—THOMAS M. FRENCH, T. M.: en Mooseheart Symposium. Study of the integrative process, importance for psychiatric theory. New York, McGraw-Hill Book Co. Inc., 1950.
8.—MURPHY, G.: citado en "The meaning of morale" por Isidor Chein. Psychol. Rev., 50: 311-329, 1943.
9.—MURRAY H. A. & ALLPORT, G.: Seminario sobre "Problemas psicológicas de moral". Dpto. de Psicología, Harvard University.
10.—ROTONDO, H. y col.: Estudios de morbilidad psiquiátrica en el área urbana de Mendocita. (I). La aplicación del Indice Médico de Cornell. Departamento de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima 1958.
11.—ROTONDO, H. y col.: Estudios de morbilidad psiquiátrica en el área urbana de Mendocita. (III). Conducta antisocial. Departamento de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima. (en prensa).
12.—WARREN, H.: Diccionario de Psicología. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1948.

EL CONSEJO EN EL CURSO DE LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

por Emilio Majluf *

Kahn y Cannell definen la *entrevista* como "una modalidad especializada de interacción verbal, iniciada con un fin específico y enfocada sobre algún contenido especial con la consiguiente eliminación del material no pertinente".

El médico psiquiatra emplea la entrevista generalmente como uno de los medios de examen y tratamiento (psicoterapia), pero en ciertas circunstancias tiene que utilizar esta oportunidad primordialmente para transmitir *información* tanto al paciente como a sus familiares.

La salud y la enfermedad son función de la interacción entre el organismo y su ambiente. La familia, grupo primario dentro del cual se integran las funciones de la personalidad, es en consecuencia, la unidad básica de la experiencia humana en las diversas situaciones vitales. De aquí la necesidad de ampliar las dimensiones del diagnóstico y del tratamiento de tal manera que implique la consideración del individuo dentro de su grupo familiar. La psiproblemas, el mecanismo y la significación de sus síntomas y el curso problemas de la personalidad en su organización e integración con las tareas de la vida colectiva.

El consejo es uno de los procedimientos que se ha empleado para el manejo de los problemas psicológicos del individuo o del grupo familiar, en este ensayo no queremos referirnos a este procedimiento específico ejercido muchas veces por profesionales especializados (Counseling), sino limitarnos a discutir la entrevista psiquiátrica como una ocasión para transmitir información esclarecedora y consejo oportuno.

Es absolutamente indispensable *explicar* al paciente la naturaleza de sus problemas, el mecanismo y la significación de sus síntomas y el curso probable de su enfermedad. Dos razones hacen aconsejable esta conducta:

1º.—En muchas enfermedades la explicación permite al paciente adoptar lógicamente el género más conveniente de vida de acuerdo con su padecimiento.

2º.—La explicación es el mejor de los procedimientos disponibles para mostrar al paciente nuestra preocupación personal por su bienestar y por consiguiente, uno de los métodos más efectivos para lograr el apoyo público al

* Hospital "Victor Larco Herrera".— Departamento de Niños.

sistema de la libre elección del médico. Si es necesario siempre explicar al paciente por las ventajas de orden terapéutico y social a que hemos aludido, es igualmente urgente explicar y aconsejar a los familiares respecto a los diversos aspectos de la enfermedad que sufre su allegado. El consejo en uno y otro caso tiene problemas muy especiales cuando se trata de padecimientos de orden psiquiátrico, y a los que nos vamos a referir, tratando unicamente los aspectos del consejo dirigido a los familiares.

El contacto con los familiares de los pacientes psiquiátricos no es ocasión unicamente para lograr datos amnésicos, sino también para hacer labor del más alto valor desde el punto de vista de la curación y readaptación del enfermo.

No es un secreto para nadie la serie de prejuicios y errores que rodean las enfermedades mentales, prejuicios y errores que dificultan enormemente el manejo del paciente y hacen difícil su reincorporación a la vida social. Si bien en muchos casos el psiquiatra ejerce una acción esclarecedora desvirtuándolos, esto no es una práctica general, situación que depende de varios factores:

1º.— Las condiciones de trabajo. Muchas veces es imposible explicar y aconsejar tanto al paciente como a sus familiares cuando se trabaja en un consultorio superpoblado (situación casi constante en nuestros hospitales psiquiátricos) o que carece de las características para el desarrollo de la entrevista en condiciones de calma e intimidad.

2º.— Actitud inadecuada del médico. Muchos profesionales toman frente al paciente una actitud autoritaria que determina el establecimiento de una considerable distancia con sus interlocutores, a quienes no concede muchas veces la oportunidad de discutir sus problemas e incertidumbres.

Además influye poderosamente la contratransferencia en sus diferentes modalidades.

3º.— La personalidad de los familiares y el tipo de relación que guardan con el médico.

La baja inteligencia, la ansiedad, los prejuicios y la falta de deseos de colaborar dificultan enormemente el consejo.

En la relación interpersonal entre el médico y los familiares es posible descubrir tres modelos principales de relación:

1) *Actividad-pasividad:* el médico aconseja algo con relación a sus pacientes (o a sus ambientes) y los familiares en forma pasiva lo cumplen sin otra motivación.

2) *Guía-cooperación:* el psiquiatra dice a los familiares lo que hay que hacer y éllos cooperan en mayor o menor grado, existiendo una mayor o menor comprensión de los factores en juego.

3) *Participación mútua:* El médico ayuda a los familiares a ayudarse a sí mismos, y así ambos participan en una comunidad terapéutica plena de incentivos.

Cada uno de estos tipos de relación permite que los participantes se completen mutuamente y procura una estabilización (por lo menos temporal) del sistema binario. Cualquiera de las modalidades puede ser apropiada en determinada circunstancia, lo importante es tener presente que a pesar de ser más o menos estructuradas deben ser consideradas como un proceso en el que cambian ambos participantes.

La relación negativa entre los familiares y el psiquiatra puede darse de una manera más o menos encubierta. En esta circunstancia la posibilidad de influir por las explicaciones y el consejo es más limitada.

¿De qué depende el tipo de relación entre los familiares y el médico?

Fundamentalmente de las incidencias de los procesos de transferencia y contratransferencia.

La falta de motivación para cooperar o la incapacidad psicológica para hacerlo puede derivar de represiones o distorsiones subconscientes. Pero hay también una causa adicional: la que deriva de la naturaleza general del lenguaje (carácter simbólico) y de las limitaciones específicas del vocabulario que manejan los interlocutores en la relación a que aludimos.

Salvadas estas dificultades y suponiendo la comunicación fácil y la transferencia positiva entre los familiares y el médico. ¿Cuáles son los principales temas o situaciones acerca de los cuales cabe explicar o aclarar a los allegados del paciente?

1) Origen y naturaleza del padecimiento que sufre el enfermo.

2) Naturaleza y peligros de los tratamientos que hay que emplear en psiquiatría.

3) El pronóstico. Peligrosidad del paciente.

En este momento no cabe desarrollar estos conceptos, cualquier médico que tenga experiencia en el campo de la psiquiatría ha vivido una y mil veces la situación de tener que explicar acerca de estos puntos.

Dejando estos aspectos clásicos, el médico, especialmente el psiquiatra de niños, se ve en forma continua necesitado de explicar o aconsejar a los padres respecto a las actitudes inconvenientes que asumen frente a sus hijos, pero la experiencia demuestra que en muchos casos la explicación y el consejo pertinentes no dan ningún resultado requiriendo de la psicoterapia para modificarlas de una manera adecuada. MARTHA NIETO GROVE (Uruguay) escribe al respecto: "el tratamiento no consiste en mostrarles sus errores (a los padres) en el manejo del niño y darles consejos para que se corrijan; esto no haría sino aumentar su ansiedad; se sentirían más culpables y más inseguros y mientras tanto, el consejo quedaría como un parche nuevo en una tela vieja".

Como vemos, el consejo en el curso de la entrevista psiquiátrica tiene muchas modalidades y problemas y es únicamente cuando el médico tiene conciencia de sus limitaciones y de su papel como orientador y consejero del propio paciente y sus familiares, es que pueden prevenirse en mayor o menor grado los inconvenientes que derivan de una mala información respecto al tratamiento y readaptación del paciente.

Nada mejor para ilustrar los problemas del consejo en el curso de la entrevista psiquiátrica que consideran las diversas posibilidades que surgen en el manejo de los niños con deficiencia mental y las consecuencias que derivan del inadecuado desempeño de esta tarea.

Cuando el médico tiene que enfrentar a los familiares de un niño con deficiencia mental surge la necesidad de aclarar una serie de puntos y de aconsejar respecto a muchos problemas del manejo del niño, pero éstas indicaciones deben tener ciertas cualidades:

1) Deben ser oportunas, el psiquiatra debe advertir si los padres están dispuestos a recibir consejos y si están en condiciones de seguirlos;

2) La necesidad de aportar el consejo a ambos cónyuges, siempre que sea posible, a fin de lograr unanimidad en la forma cómo tratan al niño.

3) El consejo debe ser evidente y factible, de acuerdo a la naturaleza del caso y de la personalidad de los padres.

Es esencial fomentar una actitud realista frente a los problemas de la deficiencia mental. Es frecuente que los padres adopten actitudes inadecuadas respecto a sus hijos afectados de retardo intelectual, corrientemente se da una actitud de rechazo suscitada por la frustración que representa la incapacidad de comportarse como los demás niños, el pobre rendimiento intelectual, etc. En otros casos, se aleja toda posibilidad de que el niño sea un deficiente, desconociendo un transtorno intelectual muchas veces evidente, lo que impide que se tomen a tiempo las medidas adecuadas para su tratamiento.

En no pocas ocasiones el diagnóstico de deficiencia mental provoca una situación de resentimientos de un cónyuge hacia el otro basado en la creencia, muchas veces infundada, de una transmisión hereditaria.

Otras veces, se da una actitud de sobreprotección materna, que impide que el niño desarrolle sus potencialidades y que se adopten oportunamente las medidas necesarias para su tratamiento y la protección del resto de la familia, quien muchas veces sufre por la gran dedicación que la madre prodiga al niño deficiente.

Además de los problemas enunciados surgen muchos otros en el manejo de estos niños y que exigen un consejo adecuado.

Los padres de los deficientes mentales se muestran muy preocupados con respecto al pronóstico de la afección, les interesa vitalmente saber si el cuadro será permanente. Como se comprende, únicamente es posible pronunciarse sobre los cuadros clínicos específicos tales como el mongolismo o la deficiencia fenil-pirúvica, etc., en los otros casos el porvenir es incierto, debiendo en general posponerse cualquier pronóstico definido hasta los cinco años.

Cuando existen complicaciones especiales como la sordera, ceguera o parálisis cerebrales, epilepsia o transtornos emocionales, el pronóstico aún es más difícil.

Para una adecuada orientación de los padres es necesario tener presente la presencia de factores emocionales que condicionan una serie de aspectos clínicos de difícil evaluación y que llevan a confundir una psicosis con una

deficiencia mental o a la inversa. En este acápite tenemos que incluir los diferentes problemas que plantean las pseudo-oligofrenias.

La heterogeneidad de la deficiencia mental tanto en lo que respecta a la etiología como a la severidad y las características que comunica la personalidad de cada paciente, hace necesario un estudio muy detenido antes de dar cualquier orientación a los padres.

Es arduo lograr que los progenitores del niño afectado comprendan que la oligofrenia es una afección crónica muy difícil de modificar esta situación determina una serie de interrogantes en lo que respecta al tratamiento. Hay que hacerles comprender que casi nunca es posible una curación radical y que los medicamentos (ac. glutámico, cirugía, tratamientos por el choque, etc.), por lo general rinden muy pocos resultados.

Si los padres se hacen conscientes de la severidad e irreversibilidad de la deficiencia mental es lógico que se sientan muy ansiosos respecto a la futura prole. Quieren saber si los hijos que puedan tener más adelante serán afectos. Teniendo presente que únicamente algunas formas de deficiencia mental tienden a repetirse (fenilquetonuria, esclerosis tuberosa, etc.), el médico después de una cuidadosa consideración de cada caso debe orientar a los padres sobre la posibilidad y conveniencia de tener más hijos. La producción de un niño normal es muchas veces salvadora, restaura la confianza de la madre, mejora y equilibra la relación con el niño enfermo y favorece una actitud más objetiva respecto a sus limitaciones, menguando la preocupación mórbida por el niño, la depresión, la nerviosidad y la hipersensibilidad, con lo que indiscutiblemente se mejora el estado de la familia entera.

Los padres esperan así mismo una orientación respecto a la esterilización.

Lo que se les puede decir es que el único caso en que la esterilización de la madre está indicada, es en las raras circunstancias en que un futuro embarazo dé lugar a otro niño con deficiencia y la salud mental de la madre pueda ser seriamente comprometida.

También puede decírseles, que si bien los intentos de aborto con toda probabilidad no dañan al niño, lo que en muchos casos se alivia su sentimiento de culpa, desde el pusto de vista médico el aborto en muy pocos casos puede ser recomendado para prevenir el nacimiento de un niño con deficiencia mental.

Los familiares del deficiente mental (hermanos, primos, etc.), pueden preguntar a su vez, si éllos no tendrán entre sus descendientes así mismo otros niños con igual trastorno. Toda indicación a este respecto debe basarse en una madura consideración de los antecedentes y una prudente aplicación de nuestros conocimientos de genética.

Otro problema que se presenta durante la entrevista es dilucidar la influencia que pueda tener el niño deficiente sobre los otros hermanos. Es indudable que en algunos casos la presencia del niño enfermo pueda condicionar el desarrollo de transtornos de conducta o manifestaciones neuróticas en los otros hermanos, pero aquí es conveniente ser cauteloso examinando todos los aspectos del ambiente del niño. Si la madre descuida a los otros hermanos, o los padres están muy ansiosos por la necesidad de afrontar el cuidado del niño deficiente, es a

esta situación y no a la presencia del niño enfermo a que debe vincularse el transtorno de conducta en los otros hermanos. La experiencia enseña que no es aconsejable indicar la institucionalización indiscriminada del oligofrénico.

En un país como el nuestro donde es casi imposible hospitalizar a los niños con deficiencia mental debe procurarse por todos los medios, siempre que las condiciones del enfermo lo permitan, que sea tratado y educado permaneciendo en su hogar. Los padres deben aceptar con toda plenitud y madurez al niño enfermo y ayudarlo. No es conveniente el misterio ni el secreto, si se explica adecuadamente a los niños la naturaleza de la afección de que sufre su hermano, éllos aceptan la realidad del defecto mental de una manera simple y sin mayores consecuencias, con lo que es posible que adopten frente a él una actitud de simpatía y comprensión que puede servir de ejemplo a los vecinos facilitando así la adaptación del niño enfermo a su ambiente.

Toda vez que el médico tenga que aconsejar respecto a los problemas del manejo del deficiente mental es indispensable un profundo conocimiento de las condiciones materiales en que vive. teniendo presente que las malas condiciones de la vivienda y de la economía agravan enormemente los problemas que plantea la deficiencia mental. En este cometido es invaluable la colaboración de la Asistenta Social para el estudio y apreciación de las circunstancias ambientales aportando al psiquiatra los elementos de juicio para plantear la solución y seguir la evolución del caso.

Nos quedaría por discutir muchos otros aspectos de la deficiencia mental susceptibles de requerir del consejo y orientación del médico, nos abstenemos de entrar en su consideración, pero no queremos terminar este ensayo sin referirnos a la realidad. Lo que hemos dicho hasta este momento es lo que se debe hacer, lo prudente, pero la experiencia enseña que muchas veces los familiares de los deficientes no reciben el consejo y la orientación indispensables para un adecuado manejo y adaptación del paciente que traen para su consulta.

A fin de evitar apreciaciones subjetivas queremos referirnos a una investigación de Israel Swerling (Journal of Pediatrics Vol. 44, 1954). Este examina 85 cartas de padres de niños afectados de deficiencia mental en la que éstos describen sus sentimientos al ser informados del diagnóstico de deficiencia mental y su punto de vista respecto a la manera cómo el médico había manejado la situación.

Las cartas señalaron la importancia de la actitud del médico, la calidad del estudio que precede al pronunciamiento del diagnóstico y la claridad y forma directa de su comunicación.

Las quejas se refirieron respecto a la tendencia de insistir únicamente sobre las limitaciones y no sobre las habilidades del niño y a la insuficiencia de discutir plenamente al pronóstico del desarrollo en sus aspectos generales y específicos. Se condenó fuertemente el consejo de internar a los niños sin que el médico mismo conociera las instituciones a las que pretendía enviarlos y sin ninguna consideración de la urgente necesidad de los padres de amar y cuidar a sus hijos afectados de deficiencia mental.

Hubo un amplio acuerdo en favor de un anuncio temprano del diagnóstico, prefiriéndolo decididamente a los piadosos intentos de temporalizar afirmando que el niño "mejoraría con el crecimiento". La lectura del notable artículo de SWERLING es indispensable, pues contiene muchísimo material transcrito textualmente que posee un dramatismo imposible de captar por la consideración de las conclusiones generales.

Es notable la finura con que se estudia las actitudes del médico respecto a la deficiencia mental. El A. afirma algo que tiene suma importancia: "Es mi impresión que pocos diagnósticos provocan más ansiedad en el médico, que el de debilidad mental". Es indiscutible que esta reacción condiciona muchas de sus actitudes erróneas respecto a los pacientes afectados de este transtorno y por consiguiente, distorsiona la manera en que afronta el problema y afecta la interacción con los familiares del paciente.

Es exacta su apreciación de que muchísimos médicos propenden a un diagnóstico muy rápido de deficiencia mental, lo que motiva que el problema sea planteado a los padres antes de que estos estén convenientemente preparados. Insiste con toda razón en la necesidad de un cuidadoso examen antes de pronunciarse y la conveniencia de enunciar gradualmente el diagnóstico, sin que esto signifique que deba posponerse indefinidamente.

Otro aspecto en el que el A. se muestra muy oportuno es en el de reclamar de que el diagnóstico sea comunicado a los padres en forma plenamente inteligible. La experiencia enseña que en la mayoría de los casos los padres no entienden lo que significa "deficiencia mental", siendo necesario destacar de una manera cuidadosa las diversas connotaciones de este término.

Señala con toda razón que los padres tienen una amplia gama de capacidades para aceptar y comprender las explicaciones del médico, siendo su deber el de ponerse a la altura de los familiares y de proveerles de toda la información que sea necesaria.

Finalmente queremos insistir que es muy justo su criterio de que la decisión de colocar en una institución a un niño retardado está determinada en forma compleja por las características del niño, las instituciones de que se dispone, la personalidad de los padres, de los hermanos y el momento en que se decide este procedimiento.

Lo averiguado por SWERLING se da también entre nosotros con toda seguridad. El objeto de estas páginas es llamar la atención nuevamente sobre un problema cotidiano en la práctica psiquiátrica, y propender a su solución.

El problema de cuánto, cuándo y cómo debemos aconsejar al paciente y sus familiares siempre está presente en la práctica médica, lo importante es considerar que la situación varía con el diagnóstico, la naturaleza del paciente o de sus familiares y de la personalidad del médico.

La entrevista psiquiátrica es una ocasión excelente de probar la capacidad del médico para una relación interpersonal adecuada. Si "la medicina es un arte, el manejo de los familiares es una de las más importantes funciones de ese arte" (Storrs).

EL ESPACIO INDIVIDUAL

ESTUDIO EXPERIMENTAL PRELIMINAR DE UN ASPECTO DE LA PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL YO

por: CARLOS ALBERTO SEGUIN y OSCAR VALDIVIA PONCE *

Un aspecto de la relación interhumana que no ha sido considerado hasta hoy en toda su importancia es el de la posición de los individuos en el espacio en cada momento de esa relación. El alejamiento o la cercanía físicos no pueden dejar de influir en el proceso.

Esta consideración está apoyada en muchos hechos de observación diaria que pueden repetirse fácilmente. Parece que existiera, alrededor de cada hombre, un área especial que le pertenece; que forma, en cierto modo, parte de su esquema corporal y que, en su relación física con los otros seres humanos, tuviera un valor especial. Todos hemos observado cómo, si, entre dos personas que hablan, una se acerca demasiado, la otra tiende, inconscientemente a alejarse, manteniendo una distancia que varía de persona a persona y de situación a situación como es fácilmente comprobable.

Parece, pues, que cada individuo incorpora a su yo una parte del espacio que lo rodea, y que la violación de ese espacio tiene todos los caracteres de una penetración psicológica y, a veces, una amenaza al yo.

Esta observación plantea una serie de interesantes problemas en conexión con el esquema corporal, la relación del Yo con el cuerpo, la influencia de factores afectivos sobre esa relación y la importancia del "espacio individual" como llamaremos, provisionalmente, a esta área personal.

El estudio exhaustivo de este fenómeno nos llevaría muy lejos. Piénsese en los trabajos de von Uexkul respecto a lo que él llama Unwelt (mundo circundante) y Wirkungswelt (mundo de efectos); en las especulaciones de los existencialistas respecto al otro y la mirada, en los trabajos de KURT LEWIN y su escuela en la "teoría del campo". No pretendemos en este trabajo discutir todos estos problemas (que nos ocuparán quizás más adelante) sino exponer, en una presentación previa, los primeros trabajos experimentales que hemos realizado para tratar de acercarnos objetivamente al conocimiento del fenómeno.

* Servicio de Psiquiatría, Hospital Obrero, Lima.

MATERIAL Y METODOS

La investigación consistió en registrar las variaciones fisiológicas del sistema cardio-respiratorio y las diferentes impresiones psíquicas en sujetos normales expuestos al acercamiento progresivo y sistemático de otro individuo.

La experiencia se registró en una habitación cuadrada, de 2.50 mts. por lado, que tenía dos puestas situadas en dirección opuesta. El material usado consistió en un neumocardiógrafo, que registraba las variantes del pulso, presión y respiración, dos sillas, situadas, una en el lado izquierdo de la puerta de salida y la otra al frente de ésta, a una distancia de 25 ctms.

Las personas que intervinieron en la experiencia fueron: el sujeto que debería ser observado, el observador A que efectuó el proceso de acercamiento y el observador B que, con el neumocardiógrafo, estaba situado a 1.50 mts. del lado izquierdo del sujeto. El observador B, que mantenía una situación constante y neutra, se encargaba del manejo del neumocardiógrafo y de tomar nota de los cambios objetivos que se producían en el individuo sometido a la experiencia.

El procedimiento de la investigación fué el siguiente: el observador B establecía contacto con la persona que debía someterse a la prueba, haciéndola pasar al gabinete de experimentación y le decía: "La experiencia consiste en registrar su actividad fisiológica y psíquica para una investigación que estamos haciendo". Luego le invitaba a sentarse en la silla situada a la izquierda de la puerta de salida y, colocándole el manguito al brazo y el neumógrafo al tórax, decía: "Siéntese cómodamente y procure no mover los brazos". Posteriormente se ponía en marcha el neumocardiógrafo. Una vez regularizados los trazados, el observador A entraba, por la puerta situada al frente del sujeto, se detenía a una distancia de 2.20 y permanecía medio minuto inmóvil para luego avanzar, permaneciendo este mismo tiempo a las distancias de 1.50 mts., 0.90 mts., 0.25 mts. y 0.03 mts. A la distancia de 0.25 mts. se sentaba en la silla situada al frente del sujeto, luego, moviendo la silla se volvía a sentar a la distancia de 0.03 mts. de su cara. Al terminar estos acercamientos sucesivos el observador A salía de la habitación por la puerta del lado derecho del observado.

El segundo acercamiento se realizó colocando al sujeto colocado de espaldas al observador A. En esta oportunidad el observador A avanzaba contando y situándose por espacio de medio minuto a las distancias de 1.80 mts., 120 mts., 0.50 mts. y 0.03 para posteriormente, retroceder y salir por la puerta por donde entró.

Después de estos acercamientos sucesivos se entregaba a cada persona sometida a la experiencia us cuestionario de preguntas relacionado con las diferentes impresiones y reacciones psíquicas del observado durante el experimento.

A esta experiencia se sometieron dos series de individuos, los cuales estaban representados por un grupo de mujeres normales y un grupo de hombres

también normales. Se realizaron iguales experiencias con mujeres y hombres enfermos mentales, pero ellas serán comunicadas en otro trabajo.

RESULTADOS

Mujeres normales.— Situación de frente: En esta situación y en silencio se investigaron las reacciones cardiorespiratorias producidas por el acercamiento del observador A. Todas estas voluntarias eran solteras cuyas edades estaban comprendidas entre 20 y 30 años.

TABLA Nº 1

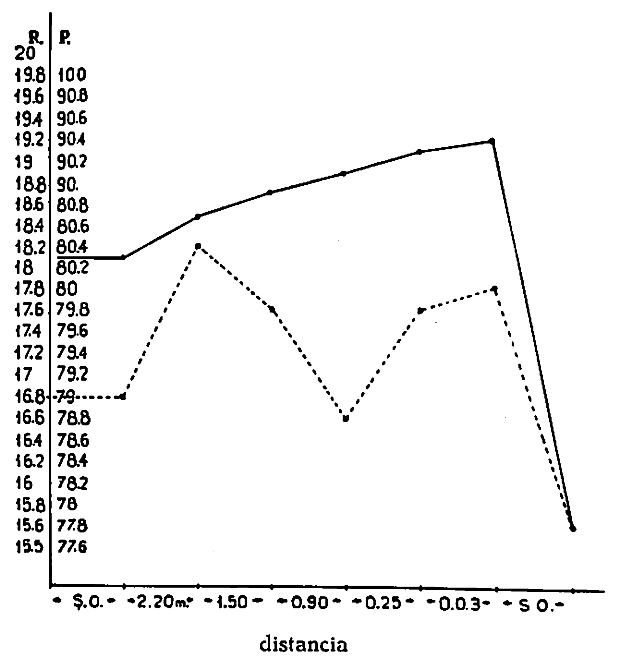
Sujeto		Sin Obs.	2.20 mts.	1.55 mts.	0.90 mts.	0.25 mts.	0.03 mts.	Sin Obs.
H.B.	P.	100	102	106	116	130	130	122
	R.	18	20	i 20	i 18	18	18	18
E.V.	P.	88	88	68	88	90	92	88
	R.	i 20	i 20	i 16	i 18	i 21	i 21	i 19
A.F.	P.	80	86	88	90	88	90	84
	R.	16	18	20	18	16	19	16
C.D.	P.	80	80	90	90	80	74	76
	R.	20	22	i 22	i 22	22	22	24
R.U.	P.	74	74	78	82	78	78	76
	R.	16	i 20	20	i 16	i 20	i 20	i 18
B.C.	P.	62	64	64	60	62	62	62
	R.	i 12	i 10	i 14	i 1[illegible]	i 16	i 20	i 20
C.L.	P.	78	88	86	82	88	88	78
	R.	20	20	20	20	20	20	20
L.M.	P.	118	120	120	112	120	128	120
	R.	i 16	i 20	i 16	i 12	i 14	i 10	i 10
E.L.	P.	78	84	80	82	92	92	92
	R.	i 14	i 12	i 10	10	10	10	10
H.V.	P.	98	108	110	118	118	118	108
	R.	16	20	18	16	20	18	18
M.J.	P.	62	70	72	72	72	72	70
	R.	i 18	i 20	i 18	i 18	i 18	i 18	i 18

P = pulso.
R = respiración.
i = irregular.

La tabla Nº 1 nos puede dar una idea más clara de los diferentes cambios registrados en todas éllas.

En este cuadro podemos ver las variantes individuales. La presencia del observador a 2.20 mts., como se aprecia, fué un estímulo suficiente para que se produjeran cambios cardiorespiratorios. Con excepción de dos casos (C. D. y B. C.) en casi todos los sujetos la frecuencia del pulso aumentó a medida que el observador se iba acercando. C. D. muestra, solamente un discreto aumento del pulso a la distancia de 1.55 mts. y a 0.90 mts., para decrecer cuando más cerca se encontraba el observador. El otro caso, B. C., después de un ligero aumento del pulso al aparecer el observador, a la distancia de 2.20 mts. y de 1.55 mts., no vuelve a mostrar incremento.

En la figura Nº 1 se puede apreciar las curvas promedios del pulso y respiración en las once mujeres estudiadas.



P = pulso.
R = respiración.

Fig. 1.— Curvas promedio de pulso y respiración en 11 mujeres normales

La siguiente experiencia se realizó en sólo siete voluntarias, y fue en posición de espaldas. Las variantes fisiológicas registradas en este acercamiento fueron similares.

Reacciones psiquicas en mujeres normales.—

Todas las voluntarias habían concebido la idea de que el experimento tenía como función estudiar su manera de ser, es decir, su personalidad. Todas ellas se presentaron con un sentimiento de angustia y expectación, sentimiento que ellas calificaban como "nerviosidad".

Una vez en el gabinete experimental, al producirse la aparición del observador A, por la puerta del frente, la sensación de angustia sufrió un incremento. A medida que el observador A se acercaba, en todos los sujetos, hubo un aumento de la angustia que, en un alto porcentaje, se traducía en risa, sensación de temor o miedo a la persona del experimentador. A la distancia de 25 centímetros y de 3 centímetros todas las voluntarias experimentaron un aumento notable de la sensación de angustia y empezaron a sentir fastidio que se acompañó de bochorno, calor a la cara y palpitaciones. En un 45%, el acercamiento del observador a la distancia de 25 y 3 centímetros produjo un sentimiento de seguridad, a pesar de que al mismo tiempo siempre experimentaban angustia y miedo. Se registró, en la mayoría, curiosidad y expectación de un avance sexual por parte del observador. Muchas creyeron que el observador

las "tendría que tocar". Fué, pues, claro en todas ellas un sentimiento de ambivalencia. Esta ambivalencia estuvo representada por la sensación de temor, miedo, fastidio, deseo de que termine la experiencia, y, al mismo tiempo, el deseo de que continuara y se produjera un avance sexual por parte del observador. Se hizo evidente la reacción erótica inconsciente en todas las voluntarias. Fué interesante saber que casi todas ellas asociaban con la experiencia otras de orden amoroso o sexual. El acercamiento produjo también el temor de que se descubriese sus secretos o intimidades y, con ello, un miedo a perder su identidad. La retirada del observador trajo un sentimiento de alivio y también en algunas, pena de que la experiencia terminase tan pronto, sintiéndose por ello frustradas ya que esperaban algo más de la misma.

En el segundo acercamiento, cuando las voluntarias estaban en posición de espaldas, hubo un aumento marcado de las reacciones descritas anteriormente, así como un incremento de la sensación de contagio, ya que todas ellas repetían mentalmente los números que el observador iba contando.

Hombres normales.— Los resultados obtenidos con 9 varones, supuestos normales que se prestaron voluntariamente a la experiencia, durante el acercamiento, en posición de frente y en silencio, pueden apreciarse en la tabla Nº 3.

Tabla Nº 3.— Resultados con 9 varones normales

Voluntario	Sin Obs.	2.20 mts.	1.55 mts.	0.90 mts.	0.25 mts.	0.03 mts.	Sin Obs.
L.Z.	P. 80	82	90	96	90	84	84
	R. 17	17	20	22	20	20	20
C.G.	P. 84	84	86	88	90	96	88
	R. 18	18	18	16	18	18	18
L.B.	P. 62	64	64	64	76	70	64
	R. 18	17	20	22	22	20	18
M.C.	P. 92	96	96	96	96	98	92
	R. 20	20	20	20	20	20	14
E.G.	P. 88	84	90	90	90	88	86
	R. 20	22	20	24	22	22	22
R.B.	P. 74	82	82	82	82	82	82
	R. 15	16	16	16	16	17	15
J. M.	P. 56	58	58	58	60	62	62
	R. 18	17	17	15	14	12	16
L.L.	P. 66	66	64	68	68	68	62
	R. 20	18	20	16	13	13	9
G.T.	P. 84	94	90	90	90	90	92
	R. 16	18	16	16	17	12	14

P = pulso.
R = respiración.
i = irregular.

Racciones psiquicas en hombres normales.—

Lo mismo que en las voluntarias, los voluntarios habían preconcebido la idea de que el experimento tenía como función estudiar su manera de ser. También traían en principio una angustia y un interrogante. La simple presencia del observador A produjo un aumento de esa angustia primaria. Esta sensación iba paulatinamente acentuándose, llegando al máximo a la distancia de 25 a 3 centímetros. La mayoría de los voluntarios tuvo el temor de que se les hiciera daño, de que se los atacara o los "asusten". Sólo uno de ellos, que ya conocía al observador, a los 25 y 3 centímetros, tuvo la sensación de seguridad. A estas distancias la mayoría temía algo que no podían especificar, pero que les hacía experimentar fastidio, molestia de que se estaba invadiendo algo personal, que les pertenecía. Hubo un voluntario que tuvo la sensación de sentirse como un acusado frente al juez. Otro tuvo la impresión de que se confesaba. Casi el 50% experimentó bochorno, sensación de calor en la cara y palpitaciones. Un 50% se defendió de la proximidad del observador ignorándolo y tratando de ignorar la situación experimental, llevando sus pensamientos a situaciones ajenas. La experiencia trajo a la mente de muchas asociaciones con situaciones de dar exámenes, de confesarse, de ser sometidos a exámenes físicos y, en especial, a un examen genital. Como en las mujeres, la retirada del observador produjo una sensación de alivio en todos ellos.

El segundo acercamiento incrementó las ideas de ataque o daño. En el 40% se notó una sensación de contagio o sugestión y, cuando el observador contaba, todos ellos repitieron mentalmente los números que éste pronunciaba.

DISCUSION

Ante todo, debemos tener en cuenta las condiciones en las que estas experiencias fueron realizadas. Se trataba de una situación artificial ,en un ambiente no común y con sujetos que no sabían qué esperar de ellas y que, por lo tanto, reaccionaban no solamente al acercamiento, sino a la expectativa, el temor y la curiosidad. Estas actitudes tiene que haber influído sobre el funcionamiento cardio-respiratorio y conformado, en parte, las variaciones registrada.s

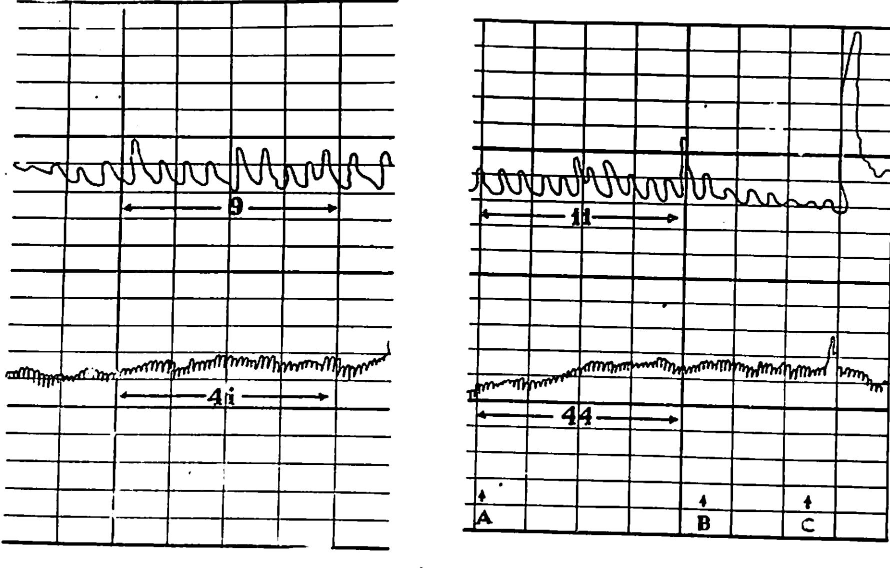
Si se analizan, sin embargo, los resultados puede verse claramente que es imposible atribuirlos exclusivamente a esos factores. No sólo las reacciones fisiológicas, sino las psicológicas están mostrando la influencia del acercamiento mismo durante todo el proceso.

Dados los métodos groseros empleados no puede, por supuesto pretenderse captar las finas variantes de reacción entre los individuos, pero las observaciones realizadas creemos que nos muestran, por encima de las reacciones momentáneas descritas, la existencia de ese "espacio individual" a que nos hemos referido.

Parece que cada persona trata de mantener frente a los demás una distancia que le ofrece la sensación de seguridad. Así, no puede invadir el espacio ajeno porque ello equivaldría a que le invadan el suyo. El hombre ha apren-

dido a conservar cierta distancia frente a su congénere, de acuerdo a la situación en que se encuentra o a la reacción que éste le pueda producir. El grado de separación o acercamiento entre dos o más personas nos puede indicar el grado de interrelación entre ellas. Sabemos que seres que se atraen afectivamente, disminuyen sus distancias de separación, llegando muchas veces éstas a desaparecer cuando se conjugan o fusionan en el abrazo, formando aquello que, el lenguaje popular llama "uno solo". En la cópula sexual estas areas desaparecen entre persona y persona, y se convierten quizás en una, frente a cualquier intruso que quiera interferir en esta situación. En el acto sexual la hembra trata de absorver o incorporar al macho y éste trata de penetrar. Por el contrario, los seres que se odian o temen guardan sus distancias que les permiten seguridad y protección.

La observación parece decirnos que, cuando la catexis es positiva entre dos personas que se acercan entre sí, el espacio individual disminuye. Si la catexis es negativa y el sujeto que se acerca produce angustia, el espacio parece agrandarse y tomar las características de "zona de alarma".



distancia

P = pulso.
R = respiración.

Fig. 3.— Registro de respiración y pulso antes de comenzar la experiencia y en el momento de máximo acercamiento

La figura 3 ilustra claramente un aspecto de este fenómeno. El trazado de la izquierda registra la respiración en la parte superior, y el pulso en la inferior de un sujeto en reposo, antes de comenzar la experiencia. Puede verse que el número de movimientos respiratorios es de 18 por minuto (9 en medio minuto) y que los movimientos torácicos son regulares. El pulso es de 82 latidos por minuto.

El gráfico colocado a la derecha corresponde al registro tomado en el mismo individuo en el momento del máximo acercamiento (a tres centímetros de la cara). Aquí la respiración se ha hecho irregular y alcanza a 22 por minuto y el latido arterial registra 88 pulsaciones en el mismo espacio de tiempo. Nótese que, al alejarse el experimentador, en el punto marcado B, el cuadro cambia y que, cuando éste abandona la habitación (C), el sujeto suspira profundamente y mueve ligeramente el brazo.

La figura 4 registra los movimientos respiratorios en otro sujeto, durante toda la experiencia. La respiración, al comienzo, es regular, con un ritmo de 18 por minuto (9 en medio minuto), pero apenas el experimentador ingresa a la habitación, en A, se nota un visible movimiento inspiratorio exagerado y luego el neumógrafo registra una serie de movimientos irregulares y la frecuencia aumenta hasta 32 respiraciones por minuto. Esas variaciones se acentúan con el acercamiento. En B, el experimentador, que se encontraba a 1.20 mts. del sujeto, se acerca a 55 centímetros. La respiración se hace más irregular y superficial y su frecuencia aumenta hasta 36 por minuto. Cuando el acercamiento se hace mayor, a 3 centímetros de la cara del sujeto (C), las irregularidades son mayores y la frecuencia se eleva a 48 respiraciones por minuto. En D el experimentador se aleja y puede observarse cómo, inmediatamente, la respiración se regulariza y su frecuencia desciende hasta 32 por minuto, variación que se acentúa cuando, en E, el experimentador sale de la habitación. El número de respiraciones baja a 24 por minuto y bien pronto se produce una inspiración profunda, un suspiro (F).

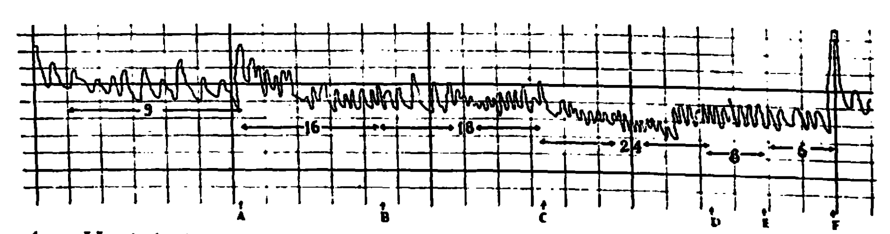
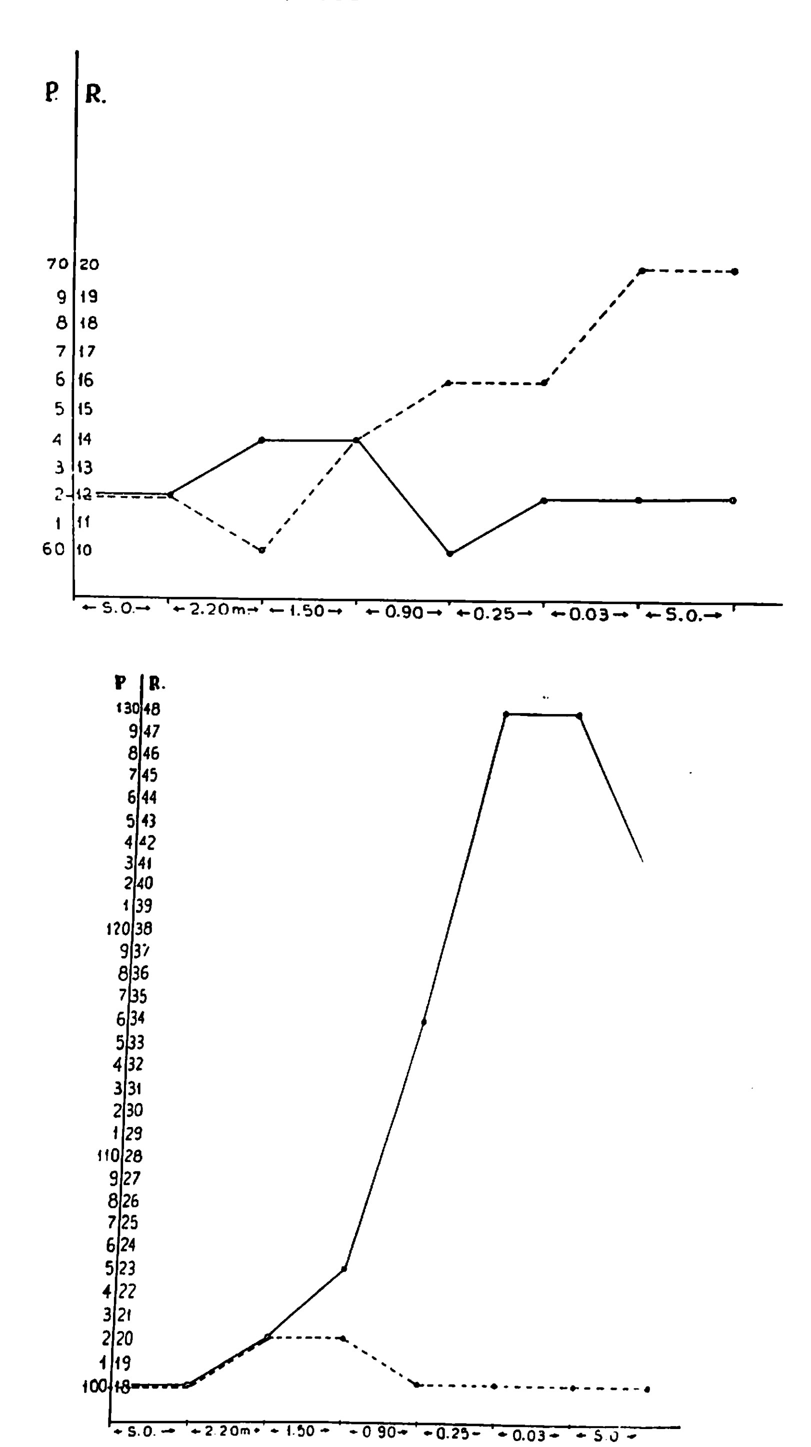


Fig. 4.— Movimientos respiratorios durante un experimento completo de aproximación.

Hemos ya manifestado que no creemos en la posibilidad de obtener datos finos de una experiencia que, obviamente, registra solamente variaciones groseras, pero sin embargo, algunas sugerencias puede extraerse de los resultados.

Una de ellas registra la diferente capacidad de los sujetos y en lo que se refiere al aparato fisiológico más susceptible de reaccionar ante el acercamiento. Un ejemplo claro está dado por los casos de las voluntarias M. B. y B. C. La primera mantuvo durante toda la prueba una cierta estabilidad en su frecuencia y regularidad respiratorias, pero el registro esfigmográfico mostró alteraciones grandes. B. C., por el contrario presentó pocas variaciones del pulso, pero sus respiraciones se modificaron notablemente.



Figs. 5 y 6.— Curvas de pulso y respiraciones en los casos MB y BC.

Las figuras 5 y 6 nos muestran graficamente este fenómeno. En la primera la curva de pulso, en su ascenso, se cruza con la de las respiraciones, que desciende en el momento del segundo acercamiento. En la segunda se repite el fenómeno, pero esta vez es la curva del pulso la que desciende y la de la respiración la que se eleva.

¿Es que cada individuo reacciona con una variante fisiológica distinta frente al acercamiento? ¿Tiene esa característica relación con las características psicosomáticas del sujeto? ¿Pueden sacarse conclusiones del estudio de estas variantes?

Por ahora nos contentamos con plantear las preguntas que no pueden ser respondidas sino con un cuidadoso estudio experimental y clínico que hemos emprendido, que esperamos que nos permita penetrar más en la psicología y psicopatología del "espacio individual" y nos abra un nuevo camino para acercarnos al estudio, siempre apasionante, del hombre en su relación con los hombres.

CONCLUSIONES

1.—Los autores postulan la existencia, alrededor de cada individuo, de un área espacial que, en cierta manera, forma parte de su esquema corporal y que llaman, provisoriamente "espacio individual".

2.—El acercamiento, la violación de ese espacio, produce una serie de fenómenos fisiológicos y psicológicos que lo denuncian.

3.—Se han hecho una serie de experiencias, registrando respiración, pulso y presión arterial en sujetos supuestos normales, hombres y mujeres, durante el acercamiento de un observador desconocido. Se ha visto cómo ese acercamiento producía, con variantes individuales, alteraciones de las actividades fisiológicas que, aparte de registrar variaciones inespecíficas, se han mostrado proporcionales a la disminución de la distancia conseguida.

4.—Se registraron asimismo, las reacciones psicológicas de los sujetos al acercamiento. Se observó —también con variantes individuales previsibles— una reacción de angustia que aumentaba al disminuir la distancia, malestar y sentimientos de ambivalencia. En las mujeres, deseo y temor de que se concretara la situación en alguna configuración erótica o de que "se les descubrieran sus secretos". En los hombres, temor a que se les hiciera daño o los "asustaran". Las mujeres asociaron la experiencia con situaciones eróticas pasadas; los hombres con experiencias de confesión religiosa, con "dar examen" o ser sometidos a exploraciones físicas, especialmente genitales.

5.—Se señala la existencia de variantes individuales que sugieren la posibilidad de que cada sujeto reaccione principalmente con alteraciones específicas de un sistema, diferente en cada caso.

6.—Se recalca el caracter preliminar de esta comunicación, la necesidad de experimentos y observaciones clínicas más amplias, así como la importancia de este aspecto de la psicología y psicopatología del Yo.

NOTICIAS NACIONALES

Oscar Valdivia Ponce

Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima

Siguiendo el programa de estudios transculturales que dirige el Dr. E. D. WITTKOWER de la Universidad de Mc Gill, Montreal, Canadá, en colaboración con el Dr. C. ALBERTO SEGUIN del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, ha llegado a esta ciudad el Dr. JACOB FRIED, profesor de Antropología de la Universidad de Mac Gill. El Prof FRIED, en colaboración con los psiquiatras del Hospital Obrero estudiará los problemas de migración y desadaptación que se presentan entre los nativos que de la Sierra emigan a Lima. En cumplimiento con dicho programa el Dr. FRIED dictará, para psiquiatras, un cursillo de Antroología Cultural.

El Servicio de Psiquiatría acaba de incorporar en su grupo psiquiátrico al Sr. PIT JURG WETTSTEIN, psicólogo clínico graduado de la Universidad de Zurich. El señor WETTSTEIN se encargará de organizar el Departamento de Psicología Clínica.

Sociedad de Neuro Psiquiatría y Medicina Legal

Conmemorando el XX aniversario de vida institucional, la Sociedad de Neuro Psiquiatría y Medicina Legal celebrará el primer Congreso Peruano de Neuro Psiquiatría que se realizará del 3 al 7 del próximo Noviembre. El entusiamo es inusitado y sabemos que participarán un gran número de personalidades, de la especialidad, del país y del extranjero.

Liga Peruana contra la Epilepsia.

En el programa de actividades, que muy encomiablemente, viene desarrollando la Liga Peruana contra la Epilepsia está el cursillo que sobre epilepsia está dictando un grupo de connotados especialistas entre los que se destacan: neurológos, neurofisiologos, neuro-cirujanos y psiquiatras.

El próximo mes de Octubre la Liga celebrará su "Dia Anual". Entre las materializaciones de bien social que la Liga está preparando para dicho dia está la fundación del Banco de Medicamentos y el Taller para enfermos epilépticos.

CENTRO DE ESTUDIOS PSICOMATICOS

Bajo la dirección del Dr. C. ALBERTO SEGUIN, el Centro de Estudios Psicosomáticos, siempre muy preocupado por los problemas de Higiene Mental, está dictando un cursillo de divulgación sobre "Problemas emocionales del hombre de nuestra cultura". El cursillo es muy concurrido por profesionales, estudiantes universitarios y público en general quien activamente enriquece el interés con su participación en el sistema de preguntas y respuestas.

Departamento de Higiene Mental

Se nos informa que, entre los diferentes proyectos de investigación, que el Departamento de Higiene Mental está realizando; adquiere relieves de gran consideración el "Estudio de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita". Esta investigación está realizándose por un grupo de Psiquiatras, Psicólogos, Antropólogos Culturales, Sociólogos y Asistentas Sociales.

Tercer Congreso Latino-Americano de Salud Mental.

El Secretario General, Dr. BALTAZAR CARAVEDO, nos informa que el Tercer Congreso Latino-Americano de Salud Mental se realizará indefectiblemente del 27 de Octubre al 1º de Noviembre próximos y que el entusiasmo adquiere cada vez mayor trascendencia. Concurrirán los exponentes, más versados en problemas de Higiene Mental de todos los países de Latino América y de otros países del Hemisferio Occidental.

VIDA INSTITUCIONAL

(Sesión del 19 de Junio de 1958)

DELINCUENCIA INFANTIL

El doctor FRANCISCO ALARCO comienza su disertación expresando que es necesario considerar el problema de la delincuencia infantil desde un punto de vista amplio y comprensivo. Es indispensable el estudio de los diversos elementos que contribuyen a la formación de la personalidad para abordar científicamente el ingente peligro que entrañan las prácticas antisociales.

A principios de siglo, con las teorías de Lombroso y las leyes de Mendel, se exagera la importancia de la herencia. Se cree firmemente que los delincuentes son tipos psicopáticos constitucionales y débiles mentales. El problema no es tan simple: se sabe que muchos criminales poseen una inteligencia superior y que los oligofrénicos no cometen ineludiblemente actos reñidos con las normas de la comunidad .

Freud pone en evidencia, con genialidad, la importancia de los factores psicológicos y familiares en la formación individual. El niño imita a los padres y se identifica con ellos: asimila las normas y costumbres de los progenitores. Por esto, el ejemplo de los mayores es fundamental.

Un grupo de delincuentes, así, proviene de hogares adinerados donde los padres presentan diversas perturbaciones emocionales. La prevención y tratamiento en estas circunstancias van dirigidos con frecuencia a los últimos, más que a los menores que sólo son producto de aquellos hogares desquiciados por los conflictos conyugales.

Existe otro grupo de delincuentes en el que los factores ambientales juegan un papel esencial: se ha demostrado que la desorganización social, la pobreza, la falta de oportunidades y de estímulos provechosos son elementos que contribuyen directamente a la conducta delictuosa... Se comprende que en una ciudad de crecimiento acelerado:; esto crea en el barrio un conflicto cultural o una atmósfera de indiferencia frente a las dificultades inherentes a esta situación. Son personas que no demuestran mayor ansiedad por el quebrantamiento de las leyes; no tienen ningún interés en defender la propiedad privada, pues ellos carecen de todo; sienten que la sociedad no se preocupa de sus aflicciones. Y así la comunidad coexiste sin arquetipos, sin influencias organizadas para el sostén de las tradiciones y leyes establecidas. Más aun, los dirigentes del barrio son en diversas ocasiones los mismos trasgresores del orden público y héroes de la juventud.

El conferenciante piensa, al unísono con muchos investigadores, que el problema de la prevención y tratamiento de la delincuencia infantil es complejo; y requiere la labor conjunta de profesionales, legisladores, gobernantes, y sobre todo del propio esfuerzo de la comunidad para superarse.

El enfasis reside en la reeducación de los menores: son los valores positivos del ser humano que hay que tener en cuenta, y no el castigo del delito... Hay que crear escuelas especiales para niños retrasados, abandonados y con problemas de la conducta. Clínicas y consultorios externos de tipo psiquiátrico. Los colegios deben poseer programas prácticos orientados a formar ciudadanos, y no al mero hacinamiento de conocimientos estériles. Son necesarios libros y revistas que los estimulen en el amor a nuestros ideales culturales y sociales. Y controlar asimismo la venta de aquellos que incitan a la lascivia, el odio, la venganza o la guerra.

Para ejecutar en parte este programa, es obligación del Estado formar especialistas y dar leyes adecuadas de protección a la familia: especialmente a la madre abandonada y a los ancianos indigentes.

El doctor ALARCO, para terminar, menciona el Proyecto del Area de Chicago donde se lleva a cabo un plan de ayuda a la comunidad: se estimula a los cabecillas a cooperar y organizar la colectividad —algunos de los cuales son ex-convictos que tienen gran influencia sobre los menores y adolescentes—; se forman clubes y campos de recreo. Y de esta suerte se utiliza al grupo y a los líderes como agentes terapeúticos de primer orden.

Sesión de instalación de la nueva Junta Directiva (25 de Junio de 1958)

Discurso del Presidente de la Asociación doctor FRANCISCO ALARCO

Distinguidas señoras, señores y colegas:

Con profundo respeto y agradecimiento asumo la Presidencia de esta digna Institución. Espero que tal honor pueda retribuirlo con dedicación tenaz y fructuosa al servicio de sus normas y planes de acción científica.

Cábeme la distinción de ocupar el sitial que con tanta prestancia lo han ejercido tan preclaros hombres, como los doctores FEDERICO SAL Y ROSAS y CARLOS ALBERTO SEGUIN; los que han contribuído, con las respectivas Juntas Directivas, a darle brillo y solidez a la psiquiatría peruana.

Confíamos que sus ejemplos iluminen nuestros pasos en el mejor cumplimiento de tan señalado cargo... Y contamos, sobre todo, que los miembros de la actual Mesa Directiva cooperen con idoneidad y entusiasmo al mejor desempeño de nuestras funciones.

Señoras y Señores:

Debemos de ser francos y discutir las dificultades por las que atraviesa la psiquiatría nacional. No es fácil realizar un análisis objetivo de lo contemporáneo. El espíritu se deja llevar con frecuencia, bien lo observamos, de aspectos secundarios o espurios al enfocar una situación: los sentimientos, así,

obnubilan la inteligencia. No tenemos que exponer empero a cometer errores de esta índole. Tratemos en lo posible de ser realistas: es fundamental que se perfilen los problemas objetiva y desapasionadamente, si se aspira a que ella avance y ocupe el lugar que le corresponde dentro de las ciencias culturales y humanitarias.

El atraso, doloroso confesarlo, es a todas luces evidente: falta de facilidades institucionales; enseñanza inadecuada en la Universidad; y carencia de estudios sui géneris para la especialización. A esto se añade la ignorancia, apatía o menosprecio que se tienen por sus problemas... Todos y cada uno de estos elementos constituyen factores medulares para el normal desarrollo, o retardo, de la salud mental de un pueblo. Vacío e incomprensión pues que pueden ser funestos para el país.

Diversos profesionales y agrupaciones, desde hace años, han señalado la escasez de *instituciones psiquiátricas*. Quizá el lenguaje no ha sido muy vigoroso. O el Gobierno y legisladores no se han dado cuenta de la gravedad de la situación. Y si la comprenden piensan que otras deficiencias son más imperiosas de corregir... Es fundamental que continuemos con infatigable energía indicando los peligros de esta orientación malsana. Debemos presentar preferentemente programas o proyectos cuidadosamente estudiados y elaborados... Ya en parte existen planteamientos y sugerencias pero por desgracia han sido ignorados en forma sistemática.

Tenemos que exigir con firmeza que se satisfagan los derechos inalienables de la comunidad: no es lícito contemplar con indiferencia tantos seres desgraciados, truncadas sus vidas y hogares por tan terrible adversidad, sin que sea factible hacer algo por remediar sus dolencias por falta de recursos primordiales... Es aceptada la tesis, en cualquiera nación medianamente civilizada, que es obligación del Estado prestarle ayuda inmediata a los enfermos mentales; no es un deber, o acto de caridad, sino un mandato social que hace imperioso que las autoridades se ocupen de este urgente problema de salubridad. No seremos nosotros por cierto los que silenciemos nuestra voz o dejemos de protestar por la negligencia tan lamentable que existe frente a las circunstancias presentes.

Se ha detenido en forma trágica la apertura de nuevos nosocomios: desde la época en que se inauguró el Hospital V. Larco Herrera, en 1918, no se han ampliado los servicios para los menesterosos de manera substancial... El número actual de camas es aproximadamente de mil doscientas: esto implica que hay 0.15 camas por cada mil habitantes, cuando en otros países es de 4 a 7 camas para el mismo número. Las cifras prueban en forma concluyente la condición infrahumana de los recursos hospitalarios en nuestro medio.

Necesitamos con urgencia asimismo *profesionales* preparados. Es imperativo la formación de especialistas: psiquiátras psicológos, asistentes sociales, enfermeros, etcétera, que hagan viable un plan asistencial de acuerdo a los conocimientos y técnicas modernas.

La enseñanza de la psiquiatría en la Universidad desafortunadamente es deficiente y anacrónica. No se han escuchado las recomendaciones sobre instrucción psiquiátrica que vienen realizando lo diversos Congresos y Seminarios tanto nacionales como internacionales. Se le da importancia desmesurada a las psicosis, olvidándose que los facultativos necesitan esencialmente conocer los cuadros psiconeuróticos, perturbaciones del carácter, y la íntima relación entre los trastornos emocionales y corporales. Dedican un tiempo excesivo a la investigación fenomenológica de los síntomas. Y descuidan el aspecto dinámico: los motivos psicológicos y sociales que contribuyen o precipitan diversos trastornos psíquicos... Se la estudia en uno o dos años, cuando es aconsejable que los alumnos estén en contacto con los problemas psicológicos desde el principio de la carrera.

La enseñanza de postgraduados que cobra tanto valor en otros países, donde se considera que es parte substancial de la formación médica, casi no existe en nuestro medio. Salvo esfuerzos aislados de ciertos colegas concienzudos que acojen en sus servicios a los jóvenes profesionales para impartirles sus experiencias en forma desinteresada y digna de encomio, no se ha puesto en práctica un plan metódico de estudios. Hay varios proyectos en el Ministerio de Salud Pública para la creación de este ciclo de aprendizaje, pero hasta la fecha no han sido tomados en consideración. No se sopesa, una vez más, la importancia de la especialidad para la salvaguarda y mejoramiento del capital humano.

Es preciso por último que exista una *Asociación de Salud Mental* activa que colabore celosamente con los especialistas... Se sabe el valor que tiene en otros lugares estas agrupaciones para encontrar caminos y reunir personas en la prosecución de sus nobles fines... Ella más que los médicos puede colectar fondos suficientes para iniciar campañas de divulgación científica; estimular a los legisladores y gobernantes que proporcionen leyes sociales adecuadas, y fondos indispensables para llevar a cabo los diversos proyectos existentes... La Sociedad de Higiene Mental tiene de otro lado mucha influencia para instar y mover a los particulares adinerados, que tan reacios y mezquinos se muestran a colaborar en esta obra social... Le es asequible también difundir la verdad de esta realidad y manera de subsanarla a las organizaciones laboristas para que los verdaderamente afectados ejerzan presión eficaz y se obtenga lo que es vital y equitativo.

La Asociación Psiquiátrica Peruana ha presentado un *plan minimo* de apremiante realización: habilitar el local edificado en el fundo "asesor" para la asistencia de 500 enfermos mentales; la construcción de hospitales psiquiátricos en Trujillo, Arequipa y Cuzco, cada uno con 500 camas; la implantación de servicios psiquátricos en todos los hospitales generales del Estado, Beneficencia y Seguros Sociales; la preparación intensiva de profesionales y auxiliares en el campo de la psiquiatría para poder cubrir las necesidades básicas de la población.

Estimados colegas:

La sombría realidad de estos problemas exige que nos unamos y cooperemos con entusiasmo a su mejor solución. Los impedimentos no deben ser obstáculos para que sigamos proclamando, claramente, con palabras vibrantes y sinceras las deficiencias actuales y la forma en las que deben ser remediadas.

Contamos para ello en la actualidad con la Revista Psiquiátrica Peruana —órgano oficial de la Asociación—, que ha comenzado a publicarse en julio de 1957. Y en la que tenemos cada uno de nosotros la obligación moral de colaborar con perseverancia... Consagraré esfuerzos especiales para que salga en forma regular.

Nuestra Asociación se ha dedicado, desde su fundación, con todas sus energías a corregir esta situación deplorable de trascendencia nacional. Y a su llamada hemos acudido con prontitud los que rodean la institución... A procurar enmendar estas deficiencias estaremos abocados de manera específica los miembros de la actual Junta Directiva.

A todos Uds. a nombre de mis colegas, y el mío en forma singular, el agradecimiento sincero por tan elevados cargos con que nos habeis investido.

Muchas gracias.

REVISTA DE REVISTA

HOMOSEXUALIDAD MASCULINA

Hemphill, R. E.; Leitch, A & Stuart, J. R.: A. Factual Study of male Homosexuality. Brit. med. Journ. 1: 1317 - 1323, 1958.

La investigación se realizó en la prisión de Leyhill, establecimiento abierto, que recibe individuos condenados a tres o más años de prisión, de buen comportamiento, muchos de los cuales son homosexuales, seleccionados, inteligentes y libres de rasgos psicopáticos graves. Estudiáronse 64 hombres, de 20 a 61 años, desde los ángulos somático, endocrino y psicológico. No existían signos de anormalidad endocrina ni de afeminamiento. La excreción urinaria de 17 quetoesteroides y la relación andrógenos: estrógenos fue normal. Había alta proporción de neuróticos, esquizoides y otros antecedentes psiquiátricos en el grupo pero escaso porcentaje de psicópatas y de alcohólicos. Era frecuente el dato de etilismo en los padres y algunos procedían de hogares rotos. La mayor parte de inteligencia promedio, aunque interesados en el arte y en la cultura. El máximo de casos procedía de las clases sociales III a V (clasificación británica de ocupaciones). Veinticuatro eran casados y habían procreado 43 hijos. Sólo la mitad prefería compañía masculina. El comportamiento homosexual estaba asociado, según los examinandos, con factores sociales en el 40% de los casos. El impulso homosexual se manifestó por primera vez en el promedio de 16.6 años. En algunas oportunidades la homosexualidad reemplazó a la heterosexualidad, pero raramente después de los 20 años. El 65% fueron iniciados por personas de la misma edad, 14 por un varón mayor y 4 por un pariente. No hubo responsabilidad del servicio militar ni de la escuela pero los autores tienen sospechas de las agrupaciones de niños y adolescentes. El 90% de los casos mantenían relaciones sólo con muchachos o con muchachos y adultos. La vida onírica de los sujetos examinados reflejaba sus tendencias básicamente homosexuales. Cinco casos informaron de homosexualidad en los familiares: dos hermanos, dos tíos maternos y un primo. La dirección de la libido no fue alterada por hormonas ni por psicoterapia, se redujo su intensidad con tratamiento estrogénico. Pocos pacientes deseaban tratarse y la mayor parte sólo anhelaban reducir el impulso para evitar nuevas prisiones.

Raúl Jerí

NEUROPATIAS POST-GRIPALES

Horner, F.: Neurologic disorders after Asian Influenza. New. Eng. J. med. 258: 938 - 985, 1958

Durante la epidemia de influenza asiática se han observado varios síndromes neurológicos en la convalescencia. En este trabajo figuran cinco casos minuciosamente expuestos. El diagnóstico fue confirmado con pruebas de fijación de complemento y títulos de inhibición de hemo-aglutinación. Los casos 1, 3 y 4 presentaron letargia progresiva, irritabilidd y estupor desarrollados pocos días después de la etapa febril de la enfermedad. En el momento más grave la encefalopatía se caracterizaba por síntomas de decorticación. A pesar de la similitud clínica, el curso fue diferente, el caso 1 curó por completo, con excepción de una mononeuritis del nervio interóseo posterior; el caso 3 quedó con severos disturbios mentales y motores. El caso 4 falleció, hallándose en la autopsia desmielinización extensa y diseminada en el sistema nervioso central. El caso 2 presentó un síndrome relativamente común en los niños, denominado "ataxia aguda cerebelosa" o "ataxia aguda de etiologia desconocida". El caso 5 mostró evidencias de nua encéfalo mielitis diseminada y quedó con paraplejía espástica y signos de claudicación de pares craneales. El caso 4 apareció con los síntomas de las encéfalo mielitis hiperérgicas descritas por Ferrero y Roizin (J. Neuropath. & Exper. Neurol. 16: 423 - 445, 1957). La conclusión es que la gripe asiática puede producir graves lesiones, aún la muerte, por reacción del sistema nervioso central frente a la infección.

Raúl Jerí

CURACION DE LA HOMOSEXUALIDAD

Hadfield, J. A.: The cure of homosexuality. Brit. med. Journ. 1: 1323 - 1326, 1958.

Curación de la homosexualidad significa que el sujeto pierde la propensión hacia el propio sexo y dirige sus intereses sexuales a individuos del otro sexo, transformándose en todo sentido en una persona sexualmente sana. El hábito no podría originarse por el asalto sexual de otro hombre en la pubertad, esto sería únicamente un factor precipitante y, si deviene homosexual, es por la existencia de factores psicológicos anteriores predisponentes. El autor presenta nueve historias clínicas de homosexuales que curaron mediante el análisis, uno de ellos en sólo cinco horas de tratamiento. Asimismo expone resúmenes de seis casos de fracaso terapéutico. Concluye diciendo que la homosexualidad puede ser curada, siempre que se pueda trazar la condición hasta sus causas básicas. El tratamiento analítico infortunadamente no es la solución al problema de la homosexualidad, por el factor tiempo. Es de-

seable continuar investigando estos casos pues, si se comprobara que originan en experiencias infantiles, evitando dichas vivencias sería posible prevenir la perversión. La profilaxia de la homosexualidad, como la de todas las otras neurosis, puede depender de una adecuada paternidad.

Raúl Jerí

PRIVACION PARENTAL

Oswald I.: Deprivation of parents during childhood. Its frequency in some contemporary young service men. Brit. med. Journ 1: 1515-1516, 1958

Las perturbaciones del comportamiento han sido relacionadas con la separación del niño de sus padres. También se ha informado que las personas que tienen frecuentes accidentes muchas veces provienen de hogares deshechos. En este trabajo se estudió estadísticamente la frecuencia de privación parental infantil en 1011 pacientes del Hospital Halton de la Real Fuerza Aérea. Los casos fueron tomados de jóvenes enviados para examen electroencefalográfico y clasificados como epilépticos (E), psiquiátricos (P), traumáticos (HS y H) y otros (O). Se encontró relación estadísticamente significativa entre casos psiquiátricos y privación parental, en contraste con los epilépticos. En cambio, no se halló diferencia válida entre el grupo responsable de accidentes y un grupo de control.

Raúl Jerí

ICONOGRAFIA PSICOTICA

Delgado, H.: Pintura de Esquizofrénicos, Archiv. Criminol. Neuro. Psiquiat. 2 Discip. Conexas. 6: 3-24, 1958.

Basándose en las producciones pictóricas de los enfermos el autor establece los siguientes hechos. 1) ¿Qué esquizofrénicos pintan? Generalmente lo hacen obedeciendo al médico. Unos en el periodo agudo, otros en las fases crónicas. 2) Influencia de la enfermedad en la producción: en los pintores profesionales la dificultad o la anula definitivamente en la mayor parte de los casos. Otros mejoran paulatinamente y remite la psicosis (1 caso figrs. 1, 2 y 3). En los no cultivados la producción generalmente permanece en grado inferior de desarrollo. 3) Ejecución, concepción y contenido de los cuadros: pintan laboriosamente, pocos rematan la obra de manera armoniosa, siendo frecuente que la atiborren de detalles, cuando no la dejan inconclusa. Las figuras son rígidas, esquemáticas, arbitrarias, repetidas en serie. Algunos muestran desconsideración respecto al espacio; pintan dejando incompleta la figura por no caber en la superficie real; o pintan una parte de la tela dejando en blanco, como si no existiera el resto: o pintan el lienzo por el revés, incluso

la madera. Las figuras represéntanse en forma tajante, con lineas o colores violentos o se representan en tenue gradación, con matices que declinan finamente. La concepción varía desde el naturalismo más típico hasta la pintura archiabstracta. El contenido de los cuadros corresponde a veces a los síntomas, especialmente las delusiones, los estados de ánimo patológicos y las concepciones desaforadas, experiencias morbosas sobre lo sexual, lo horrible e inquietante, lo mágico, religioso o metafísico. 4) Variedad e individualidad de la pintura esquizofrénica: no existe un criterio que permita establecer conexiones rigurosas y constantes entre el estado mental del autor y el documento artístico. El pintor produce para sí, no para los demás. 5) Tecnoterapia. La dedicación al dibujo y a la pintura desenvuelve la iniciativa y la actividad personal, que suele conducir al paciente de la enfermedad a la salud. El trabajo está bellamente ilustrado con reproducciones en colores y, otras, en blanco y negro.

Raúl Jerí

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN HOSPITAL DIURNO

Graft, M.: An evaluation of treatment of depressive illness in a day hospital. Lancet 2: 149 - 151, 1958.

Se comparan los resultados del tratamiento entre el hospital diurno y el sistema convencional. Estudiáronse tres grupos de historias del Hospital Maudsley. El grupo I consistió en 41 pacientes, hospitalizados durante un promedio de 106. 7 días, y 41 enfermos de hospital-diurno, que remitieron en 68. 0 días. Posiblemente influyó en los resultados que las depresiones recientes fueron tratadas en forma convencional y que los ataques anteriores podían haber sido más graves. La serie II estaba constituída por mujeres tratadas todas por el mismo médico; los resultados juzgábanse por una escala de cuatro puntos. Salieron de alta como "recuperadas" 64 pacientes del hospital diurno y 69 enfermas internadas, 49 de las primeras y 38 de las últimas, fueron liberadas ante de los tres meses y se demostró, por el factor x-2, que el número era significativamente mayor en las diurnas que en las convencionales, en las que 0.02 era mayor que P y P mayor de 0.01. Aquí también el cuidado diurno fue más breve que el convencional. El conjunto III estaba formado por 43 pares similares de depresivas. Juzgarónse los resultados en este grupo por el tiempo de estada en el hospital, el grado de recuperación al salir de alta y las condiciones cinco meses después. La duración promedio del tratamiento, con error normativo, fue de 73.0 más-menos 7.2 dias en las pacientes diurnas y, de 106 más-menos 12.3 días en las enfermas hospitalizadas. Parece que el sistema diurno es excelente para el manejo de las depresiones leves; la diseminación de este hecho podría determinar que los médicos generales envíen para tratamiento casos más leves. Muchas depresiones fueron atendidas en la sección diurna del Maudsley con la misma eficiencia que en

los pabellones de internados, si se toma en cuenta el grado de recuperación en el momento del alta, tiempo de estada y evolución cinco meses después de salir. Existen por tanto evidencias de que el tratamiento diurno acorta la duración de la permanencia nosocomial.

Raúl Jerí

ESQUIZOFRENIA Y CULTURA

Bustamante, J. A.: Los factores culturales en los cuadros esquizofrénicos. Rev. Conf. med. Pan-Amer. 5: 201 - 206, 1958

Esta es una revisión de los factores que constituyen la cultura efrocubana. Han intervenido el blanco español y posteriormente el inglés, el francés y el norteamericano, conformando el elemento cultural de occidente. El africano ha influído con sus variantes yoruba (lucumí), carabalí y congo. Los yorubas tenian un nivel cultural relativamente elevado, eran descendientes de los imperios sudaneses y contribuyeron a establecer el sincretismo con el panteón católico, ofreciendo la manifestación antropológica llamada "santería", en la que los santos católicos y los dioses yorubas son fusionados. Los carabalís, de la zona del Calabar, aportaron la organización fraternal denominada ñañiguismo. Los congos, de estado cultural más primitivo, introdujeron las prácticas mayombes, conocidas popularmente como "brujería", dentro de la cual hállase la creencia en los bilongos y güijes. Bilongo es algo dañino que se introduce en el cuerpo. Güije es un enano negro que puede ser maléfico para niños o adolescentes. Da un ejemplo de esquizofrenia paranoide que brotó con ideas relacionadas con los bilongos y, otra observación, de un paciente obsesivo-compulsivo, cuya enfermedad giraba alrededor de los güijes o ñengues.

Raúl Jerí



EN EL HOGAR... CON SIQUIL

Triflupromazina Squibb



ESTABILIZADOR PSIQUICO POTENTE PERMITE INSTITUIR EN EL HOGAR EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ANTES REQUERIAN HOSPITALIZACION

SIQUIL, una droga nueva y notablemente inocua, es más potente y fácil de administrar que la clorpromazina; a diferencia de los otros derivados de la fenotiazina, no produce sedación o excitación excesivas. Su uso no ha ocasionado ictericia, lesión hepática o convulsiones.

"...se caracteriza por ocasionar poca o ninguna sedación, en contraste con la clorpromazina y la reserpina..."

"...efecto beneficioso mucho mayor sobre ciertas manifestaciones psicóticas como los delirios y alucinaciones y la excitación patológica."

"...mucho más benigna en la producción de efectos colaterales que la..." clorpromazina, promazina, mepazina, proclorperazina y perfenazina.*

INDICADA en el tratamiento de los enfermos con agitación, esquizofrénicos ambulatorios, ancianos con lesión cerebral orgánica, pacientes en la fase maníaca de las psicosis afectivas, excitabilidad y delirio post-alcohólicos, síndrome de abstinencia alcohólica, prevención y tratamiento de la náusea y el vómito.

SE LA SUMINISTRA en la forma de tabletas de 10 mg., frascos de 50 y tabletas de 25 y 50 mg., frascos de 25 y 50. Para uso parenteral: solución que contiene 20 mg./c.c., frascos de 5 c.c.

*D. Goldman: Am. J. M. Sc. 235:67, 1958

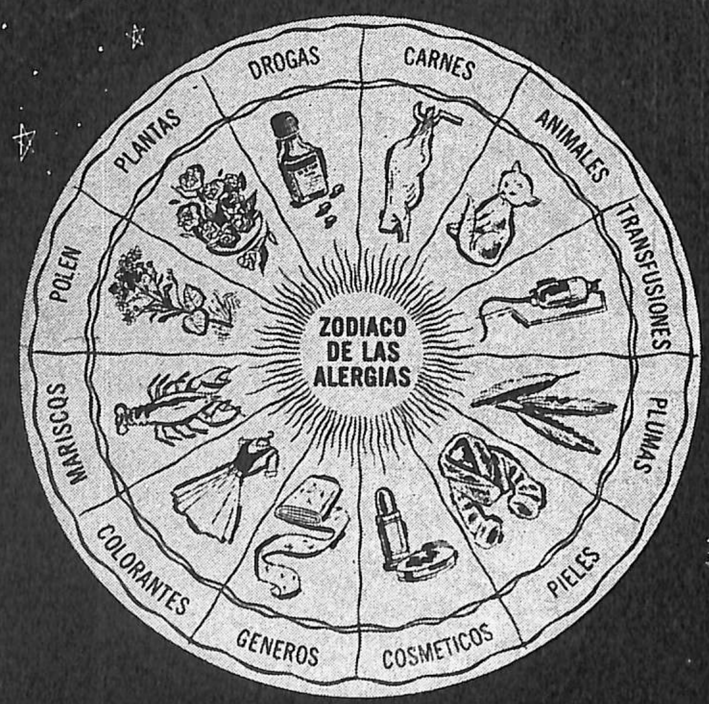
SQUIBB — SEGURIDAD — 1858 - CENTENARIO - 1958 — Un siglo de experiencia inspira confianza

"SIQUIL" ES UNA MARCA DE FABRICA

En cualquier manifestación alergica compare "el antihistaminico"

CLORO-TRIMETON

Con el resto de los antialergicos



VENTAJAS

PARA USTED:

Resultados más eficaces, rápidos y mantenidos.

PARA SUS PACIENTES:

Mayor alivio y menos molestias secundarias.

PRESENTACION:

CLORO-TRIMETON
Tabletas – 4 mg

CLORO-TRIMETON
Repetabs – 8 y 12 mg

CLORO-TRIMETON
Inyectable – 10 mg/cc

CLORO-TRIMETON
Jarabe – 2 mg/4 cc

Nada es más convincente que la prueba terapéutica, por lo que le sugerimos que ensaye clinicamente nuestro CLORO-TRIMETON en su próximo paciente alérgico.

(Solicite de nuestro representante muestras para

SCHERING CORPORATION

BLOOMFIELD  NEW JERSEY

para ecuanimidad....

el nuevo

Ecuanil*

Meprobamato

factor contra la ansiedad

"Como síndrome clínico el estado de ansiedad sobrepuja a todos los otros problemas diagnósticos de la medicina general" . . .[1] Apropiado a una edad en que impera la tensión mental y afectiva, el ECUANIL se halla dotado de admirables propiedades fomentadoras de la ecuanimidad y aliviadoras de la tensión nerviosa, sin ofuscar las facultades. Obra específicamente sobre el sistema nervioso central y está principalmente indicado en las neurosis de ansiedad, tensión nerviosa y otros estados análogos.[2,3] Extensos trabajos clínicos han demostrado que es muy útil para . . . "reducir la tensión, irritabilidad y desasosiego, facilitar un sueño reparador y ejercer relajación muscular generalizada".[3] Es un utilísimo auxiliar psicoterápico. No se han observado reacciones secundarias, manifestaciones tóxicas, ni fenómenos de abstinencia, que limitasen su utilidad clínica.[2,3]

Presentación: tabletas de 400 mg. en frascos de 24.



*
Philadelphia 1, Pa.

1. Harrison, T. R., y otros: Principles of Internal Medicine, ed. 2, New York, Blakiston Company, Inc., 1954, vol. 1, p. 288.
2. Selling, L. S.: J.A.M.A. 157:1594 (30 de abril) 1955.
3. Borrus, J. C.: J.A.M.A. 157:1596 (30 de abril) 1955.

*Marca Registrada

EPILEPSIA

EPILEPSIA

COMITAL

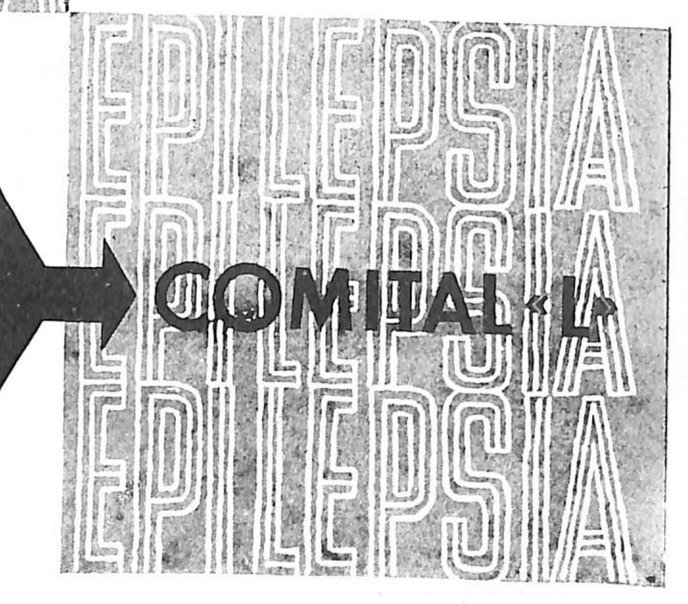
Difenilhidantoína 0,05 gr.

Prominal 0,1 gr.

Difenilhidantoína 0,05 gr.

Luminal 0,05 gr.

Prominal 0,05



Comital

Envases: 10, y 100 tabletas

Comital «L»

Envases: 10, y 100 tabletas




DORIDEN
M.R.
Hipnótico suave
exento de efectos tardíos
NO ES UN BARBITURICO
Estuche de 20 comprimidos
CIBA

NEUROLUSA

SEDANTE DEL SISTEMA NERVIOSO

CENTRAL Y VEGETATIVO

Fórmula:

Tintura Passiflora	6.500 Gm.
Tintura Crataegus	6.000 Gm.
Tintura Valeriana	7.000 Gm.
Acido Fenilbarbitúrico	1.800 Gm.
Bromuro Calcio	3.200 Gm.
Bromuro Potasio	3.700 Gm.
Excipiente c. s. p.	100 cc.

Dosis:

Como sedativo, media cucharadita de café por las mañanas y una cucharadita con los alimentos.

Como hipnótico, de una a cuatro cucharaditas por las noches.

Se toma diluída en agua o infusión caliente.

Presentación:

Frasco de 100 cc.

LABORATORIOS UNIDOS, S. A.

Av. Bolívar 561, Pueblo Libre,

Lima-Perú

EDITORIAL LUMEN S. A. - 0757